Rapport annuel de gestion

2015-2016

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Québec

Rapport annuel de gestion 2015-2016

Rapport annuel de gestion 2015-2016 adopté par le conseil d'administration à la séance du 15 juin 2016.

La version électronique de ce document peut être consultée sur le site Internet du
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides : www.santelaurentides.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

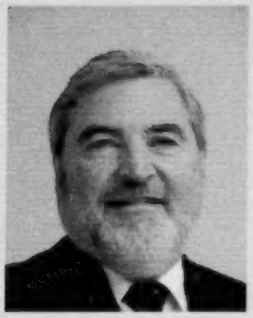
ISBN : 978-2-550-75563-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-75564-7 (version numérique)

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, ou la diffusion de ce document, même partielle, est interdite sans l'autorisation préalable du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise à la condition d'en mentionner la source.

© Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, 2016

Le message des autorités



Président du conseil d'administration

André Poirier

Président-directeur général

Jean-François Foisy

C'est avec plaisir et fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2015-2016 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides. Ce rapport conclut la première année d'existence de notre établissement créé dans la foulée de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, couramment appelée « Loi 10 ». Elle fut riche tant sur le plan des activités réalisées que des orientations et des décisions qui ont été prises et qui ont eu des impacts positifs sur l'organisation des soins et des services offerts dans la région des Laurentides.

La mobilisation des équipes, soucieuses de déterminer et formaliser une structure d'organisation assurant la prise en charge de tous les usagers, a représenté un élément clé de cette année de transition. Qui plus est, plusieurs succès reposent sur les opportunités qui ont émergé de la création de notre organisation et du regroupement des anciens établissements maintenant réunis en une seule entité.

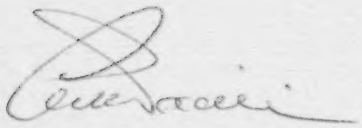
À cet effet, nous pouvons citer en exemple les mesures déployées afin d'assurer la continuité des services d'imagerie médicale sur le territoire d'Antoine-Labelle aux prises avec une pénurie de radiologistes. Le décloisonnement des systèmes informatiques permettant la garde et la lecture à distance des radiologistes affiliés aux autres installations de notre territoire, tout comme l'organisation d'une garde à distance, ont permis d'éviter un bris de service complet à Antoine-Labelle. En ce qui a trait aux services sociaux, nous tenons à souligner la réussite du projet d'actions synchronisées de la Direction de la protection de la jeunesse. Ce projet a permis d'offrir à la clientèle jeunesse en difficulté le bon service au moment opportun, d'assurer des services de proximité et, finalement, de favoriser la fluidité des services et l'interdisciplinarité. Cette mobilisation de toutes les équipes a favorisé l'amélioration de l'accessibilité aux services pour les citoyens des Laurentides. Notons à cet effet le déploiement du programme d'hémodialyse qui permet d'offrir des services de proximité et de qualité à la clientèle au sud de notre territoire.

Le message des autorités (suite)

Vous trouverez, dans les pages qui suivent, la reddition de comptes de l'établissement quant à ses engagements auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Sous l'angle des différents programmes et directions, les actions réalisées sont détaillées et font foi de l'ampleur des travaux menés cette année. Il en va de même pour les activités réalisées dans les secteurs des ressources humaines, des services techniques, des ressources informationnelles et des ressources financières.

À la lumière de cette première année d'opération, nous pouvons fièrement affirmer que la plus grande force du CISSS des Laurentides a été la qualité des humains qui s'y dévouent et qui y œuvrent quotidiennement. La création de notre établissement a permis la mise en commun de la multiplicité et de la diversité des compétences. Le dévouement des 14 000 employés, des 1 000 médecins, des sages-femmes et des nombreux bénévoles qui y sont associés est gage de nos succès futurs.

Nous souhaitons remercier les membres du conseil d'administration qui ont à coeur la gestion efficiente des deniers publics pour offrir des services de santé et des services sociaux de qualité à l'ensemble des citoyens de la région des Laurentides.



La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2015-2016 du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2016.

Jean-François Foisy
Président-directeur général

Table des matières

Le message des autorités

La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

La présentation de l'établissement et les faits saillants

L'établissement 1

Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives 4

Les faits saillants 14

Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité 21

Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément 47

La sécurité des soins et des services 48

Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement 50

L'examen des plaintes et la promotion des droits 51

L'information et la consultation de la population 51

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie 55

Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement 59

La gestion et le contrôle des effectifs 61

Les ressources financières

Les états financiers 65

L'équilibre budgétaire 94

Les contrats de service 95

L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant 99

Les organismes communautaires 105

Les fondations 111

Annexes : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs 115

Les attentes spécifiques de la reddition de comptes - chapitre III 139

Sigles et acronymes

AES	Approche École en santé
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPQS	Commissariat aux plaintes et à la qualité des services
CRASLA	Comité régional d'accès aux services en langue anglaise
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
DGA	Direction générale adjointe
DGTI	Direction générale des technologies de l'information
DI-TSA	Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
DJ	Direction du programme jeunesse
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficience physique
DPACQ	Direction de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité
DRF	Direction des ressources financières
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DRMG	Département régional de médecine générale
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSMD	Direction santé mentale et dépendance
DSP	Direction des services professionnels
EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
ETC	Équivalent temps complet
GAIN	Global Appraisal of Individual Needs
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LGCE	Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MOI	Main-d'oeuvre indépendante
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Président-directeur général
PDGA	Président-directeur général adjoint
PS	Plan stratégique
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RH	Ressources humaines
RI	Ressource intermédiaire
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RLS	Réseau local de service
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réseau territorial de service
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SIV	Soutien d'intensité variable
TS	Temps supplémentaire

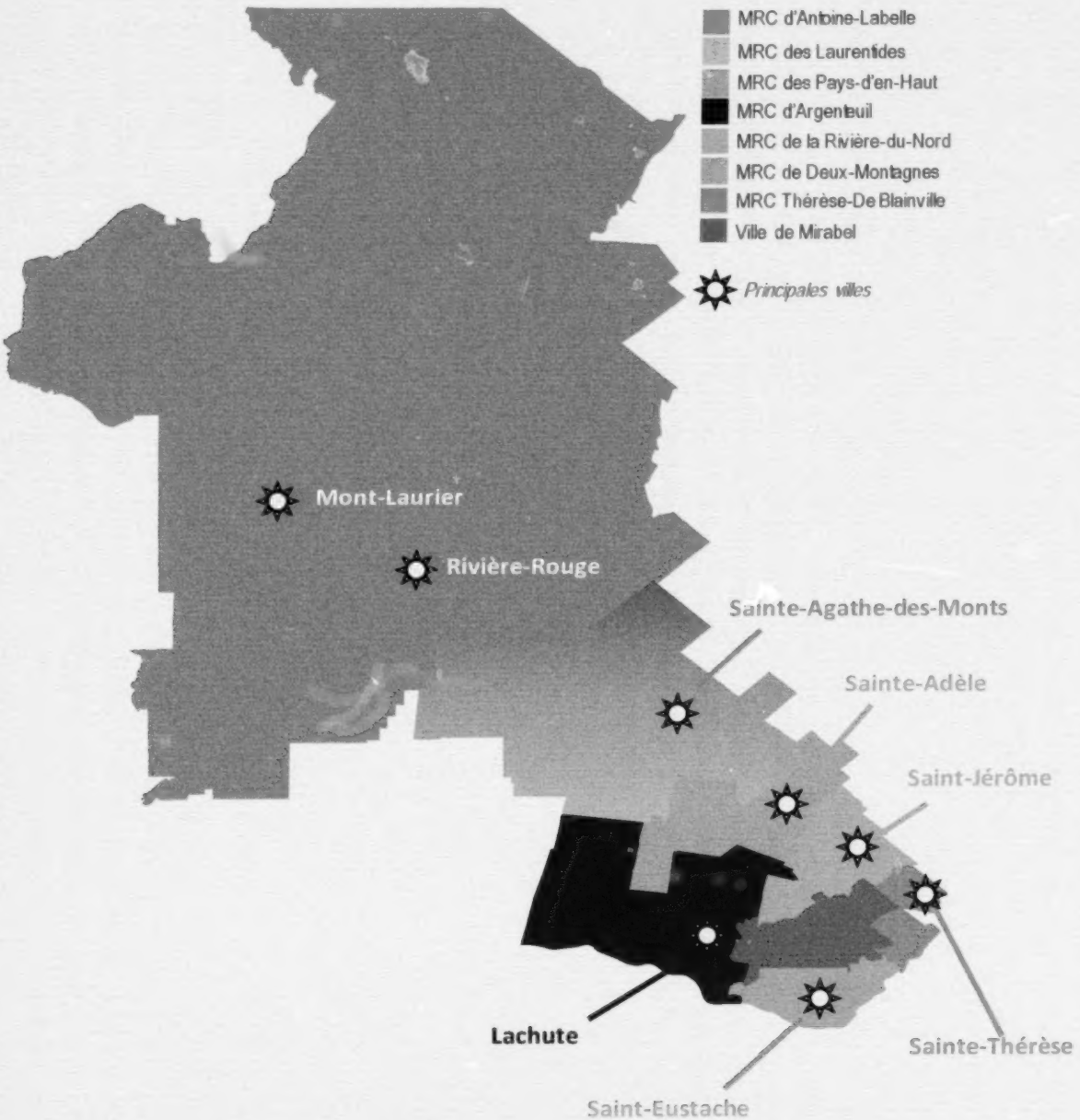
La présentation de l'établissement et les faits saillants

- L'établissement
- Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives
- Les faits saillants

L'établissement

Créé le 1er avril 2015, le CISSS des Laurentides est le fruit du regroupement de 13 établissements, dont les centres de santé et de services sociaux, l'agence de la santé et des services sociaux, la Résidence de Lachute, le centre jeunesse et les centres de réadaptation de la région des Laurentides.

L'établissement dispose d'un budget de plus d'un milliard de dollars et est réparti en 80 installations situées sur un territoire de 20 000 km². Il compte quelque 14 000 employés, plus de 1 000 médecins, des sages-femmes et des bénévoles qui offrent des soins et des services de santé à une population de 595 000 personnes réparties dans l'ensemble des Laurentides.



La mission

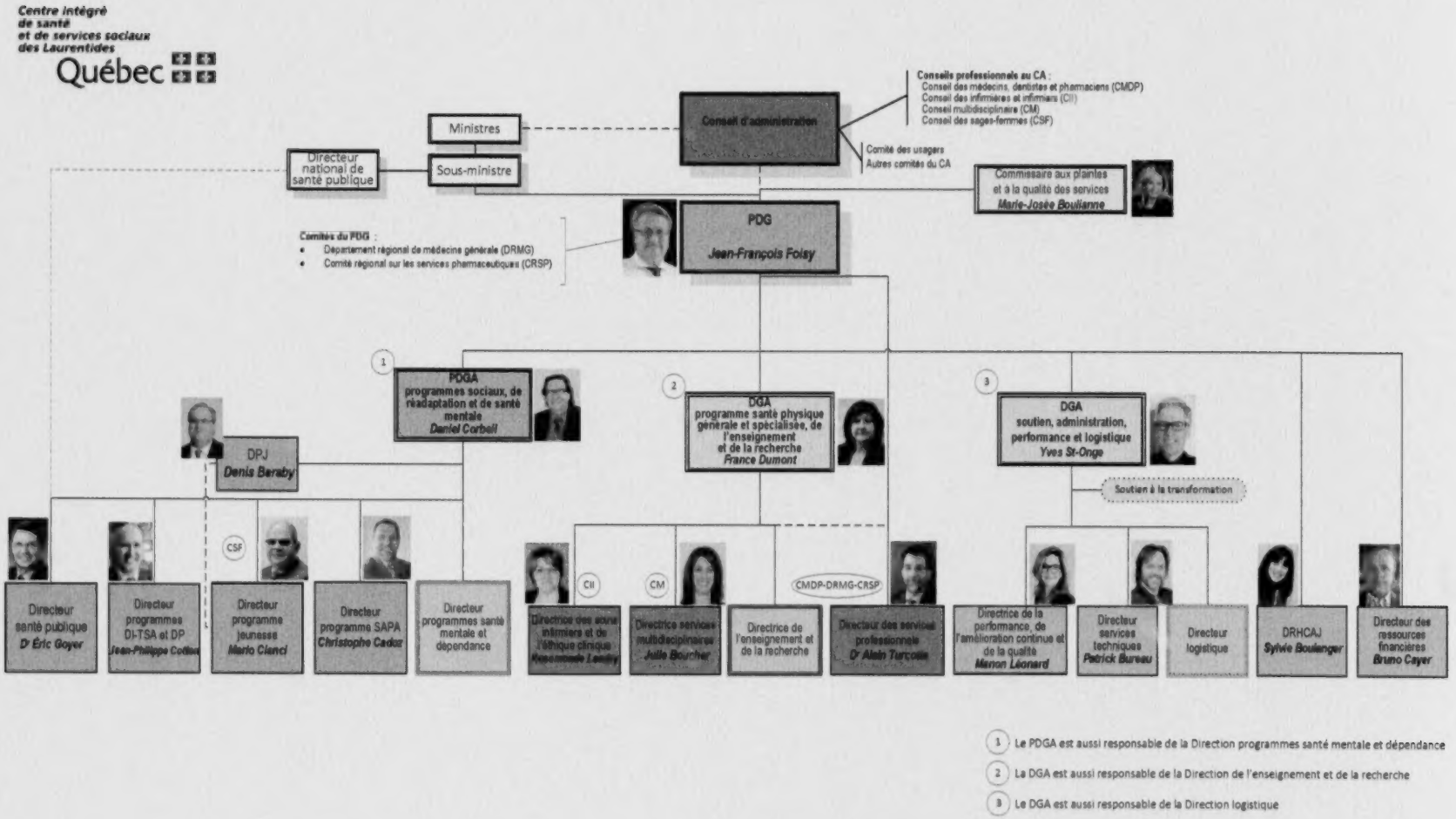
À la suite de l'adoption de la Loi 10, le CISSS des Laurentides a comme rôles et responsabilités de :

- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers;
- Garantir une planification régionale des ressources humaines;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes;
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- Assurer une gestion de l'accès simplifié aux services;
- Établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de services (RTS) comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées, ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau. Intégrer les réseaux locaux de services (RLS) établis au profit du RTS.

Afin d'assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le CISSS des Laurentides :

- Est au cœur d'un RTS;
- A la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- Assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- Veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (centre hospitalier, centre local de services communautaires, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre de réadaptation et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- Conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

La structure organisationnelle au 31 mars 2016



Le conseil d'administration

Le 1er octobre 2015, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, ainsi que la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, Mme Lucie Charlebois, ont annoncé la nomination des membres du conseil d'administration du CISSS des Laurentides.

Constitué de 18 personnes, le nouveau conseil de l'établissement compte six membres désignés, deux membres nommés, neuf membres indépendants et un membre observateur.

À noter que le processus de désignation d'un membre est toujours en cours, soit le représentant du Département régional de médecine générale.

Les officiers

Président

André Poirier
Compétence en gouvernance ou éthique

Vice-président

Michel Couture
Expertise en protection de la jeunesse

Président-directeur général et secrétaire

Jean-François Foisy

Il est à souligner qu'aucun manquement au code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été constaté au cours de l'année 2015-2016.

Le code d'éthique et de déontologie se trouve à l'annexe du présent rapport. Il est également disponible sur le site Internet du CISSS des Laurentides au www.santelaurentides.gouv.qc.ca

François Bédard
Conseil des infirmières et infirmiers

Raymond Carrier
Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines

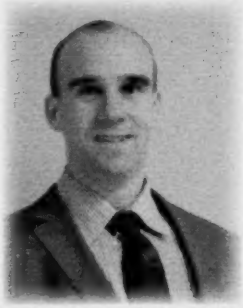
Jocelyne Chevrier
Comité des usagers

Charlotte Colpron
Comité régional sur les services pharmaceutiques

Paule Fortier
Milieu de l'enseignement

Lyne Gaudreault
Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux

Rola Helou
Expertise en santé mentale



Frédéric Houle
Expertise dans les organismes communautaires

Dr François Lamothe
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Hugh Mitchell
Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité

Alain Ouellette
Expertise en réadaptation

Claire Richer-Leduc
Compétence en gestion des risques, finances et comptabilité

Donald Vezeau
Conseil multidisciplinaire

Audrey Laurin
Siège réservé aux fondations (observatrice)

Désignation à venir
Département régional de médecine générale

Les comités, les conseils et les instances consultatives

Les rapports annuels d'activités des comités, conseils ou instances mentionnés ci-dessous sont disponibles sur le site Internet du CISSS des Laurentides au www.santelaurentides.gouv.qc.ca

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

D[r] Denis Chapleau
D[re] Marie-Josée Chouinard
D[re] Véronique Côté-Pagé
M. Jean-François Foisy, PDG
D[r] Marc Gingras
D[r] Stéphane Gingras
D[r] Paul-André Hudon, président
D[r] Pierre Marceau
D[r] Patrick Monday
D[r] Charly-Claude Morel
D[re] Marjory Nicole
D[re] Julie Précourt
D[r] Michel Roux
D[r] Pierre-Olivier Roy
D[re] Julie Sabourin
D[r] Alain Turcotte, DSP

Un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) est institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens.

Ce conseil est composé de tous les médecins, les dentistes et les pharmaciens qui exercent dans tout centre exploité par l'établissement et qui jouissent du statut requis par règlement pris en vertu du paragraphe III de l'article 506 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS).

Conseil des infirmières et infirmiers

M[me] Manon Dinel, vice-présidente
M[me] Marie-Eve Généreux
M. Éric Lantin, président
M[me] Maude Rousseau, secrétaire

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est une instance consultative officielle prévue par la LSSSS. Toutes les infirmières et tous les infirmiers de l'établissement en sont membres.

Le CII est responsable envers le conseil d'administration :

- D'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers;
- De faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à ses membres;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres;
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le CII est responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur l'organisation scientifique et technique de l'établissement, des moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et des infirmiers et de toute autre question que le président-directeur général porte à son attention.

Conseil multidisciplinaire

Mme Mélanie Boivin
Mme Julie Boucher, DSM
Mme Josée Boudreault
Mme Martine Brière, vice-présidente
Mme Annie Cloutier, secrétaire
Mme Cynthia Desjardins
M. Daniel Desjardins
M. Patrick Guilbert
Mme Claudia Poulin, présidente
Mme Carol Prud'homme
Mme Caroline Sauvé
Mme Aimée Turcotte

Le conseil multidisciplinaire (CM) est composé de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire et qui exercent pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement. Il comprend aussi les personnes qui exercent pour l'établissement des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires.

Conseil des sages-femmes

Mme Joanne Boudreault, présidente
Mme Claire Godin, directrice adjointe DJ
Mme Valérie Leuchtmann
Mme Caroline Savard, vice-présidente
Mme Marie-Laure Vachon, secrétaire

Conformément au règlement de l'établissement, le conseil des sages-femmes est responsable envers le conseil d'administration :

- De contrôler et d'apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement;
- De faire des recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres;
- De faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande au conseil d'administration en vue de conclure avec l'établissement un contrat en vertu de l'article 259.2 de la LSSSS;
- De faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme conformément à un contrat conclu en vertu de l'article 259.2 de la LSSSS;
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Les comités, les conseils et les instances consultatives (suite)

Département régional de médecine générale

Dr Bertrand Bissonnette, chef du DRMG
Dre Caroline Cantin
Dr Gilles Émond
M. Jean-François Foisy, PDG
Dre Catherine Foley
Dre Louise Gaudet, chef adjointe
Dr Nicolas Hélie-Martel
Dr Luc Laurin
Dr Dominic Legault
Dr Sylvain Ménard
Dr Éric Morin
Dre Christine Slythe
Dr Alain Turcotte, DSP

Le département régional de médecine générale (DRMG) exerce, sous l'autorité du président-directeur général, plusieurs responsabilités, dont celles de définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégré, la garde en disponibilité pour les services dispensés en centre d'hébergement et de soins de longue durée et pour le programme de maintien à domicile, le tout devant s'inscrire à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux. Le comité est également responsable de faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires.

Comité régional sur les services pharmaceutiques

M. Jean-François Foisy, PDG
M. Georges-Étienne Gagnon, président du CRSP et pharmacien propriétaire
M. Stéphane Gingras, chef intérimaire du département de la pharmacie
Dr Alain Turcotte, DSP

Ce comité est composé de représentants de chacun des groupes suivants : les pharmaciens propriétaires, les pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communautaires, les chefs de département clinique de pharmacie et les pharmaciens qui exercent leur profession dans un centre exploité par un établissement.

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- Exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Comité de gouvernance et d'éthique

M. Michel Couture
M. Jean-François Foisy, PDG
M[me] Lyne Gaudreault
M. Alain Ouellette, vice-président
M[me] Claire Richer-Leduc, présidente
M. Donald Vezeau, secrétaire

Le comité de gouvernance et d'éthique a comme mandat de s'assurer de la bonne gouvernance de l'établissement et proposer des moyens pour le faire. Il fait également la promotion de l'application du code d'éthique et de déontologie des administrateurs et enquête sur toute situation de manquement aux règles pour ensuite proposer les mesures appropriées au conseil d'administration.

Le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer:

- Des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration;
- Des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
- Des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- Un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.

Comité d'audit

M. Raymond Carrier, président
M. Bruno Cayer, DRF
M. Michel Couture
M. Jean-François Foisy, PDG
M. Frédéric Houle
M[me] Claire Richer Leduc
Représentant DRMG (À venir)

Le comité d'audit doit notamment aviser le conseil d'administration sur le choix du vérificateur, assister ce dernier, examiner l'étendue du travail de vérification du vérificateur, prendre connaissance des résultats de la vérification et assurer le suivi des recommandations. De plus, il fait des recommandations au conseil d'administration concernant les états financiers et le rapport du vérificateur.

Le comité d'audit doit également :

- Formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et le travail de vérification;
- Faire les recommandations au conseil d'administration sur l'adoption du budget annuel;
- Faire le suivi budgétaire de l'établissement;
- Faire l'analyse des résultats concernant les bonis au rendement de l'équipe de gestion et des cadres supérieurs et intermédiaires et recommander le versement au conseil d'administration;
- Réaliser des mandats spécifiques relatifs à la gestion de l'établissement que lui confie, de temps à autre, le conseil d'administration.

Les comités, les conseils et les instances consultatives (suite)

Comité de vigilance et de la qualité

M^me^ Marie-Josée Boulianne, CPQS	M. Jean-François Foisy, PDG
M^me^ Jocelyne Chevrier, secrétaire	M^me^ Rola Helou, vice-présidente
M. Michel Couture, président	M^me^ Manon Léonard, DPACQ

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration institue, dans l'établissement, un comité de vigilance et de la qualité, responsable principalement d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la LSSSS ou de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*[1].

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Les premiers travaux du comité ont porté sur la mise en place d'outils de suivi pour lui permettre d'une part de s'assurer des suites apportées aux recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, mais également de celles provenant des autres rapports ayant un lien avec la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services.

En plus des outils de suivi des recommandations issues du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services, le comité s'est doté d'un tableau de bord qui recense l'ensemble des recommandations découlant de différentes sources :

- Le Protecteur du citoyen;
- Le processus d'agrément;
- Les inspections professionnelles;
- La visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en centres d'hébergement de soins de longue durée;
- La visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en ressources intermédiaires et ressources de type familial;
- Les rapports de coroner;
- Le comité de gestion des risques;
- Le processus de certification des résidences de personnes âgées et des ressources en hébergement en toxicomanie ou jeu pathologique.

Par ailleurs, les membres du comité ont bénéficié d'une présentation sur les enjeux relatifs à la certification des résidences privées pour aînés.

L'année 2015-2016 a permis au comité de vigilance et de la qualité de démarrer ses activités afin d'assumer pleinement son rôle de vigie et de s'assurer que les recommandations en lien avec la qualité et la satisfaction des soins et des services soient actualisées.

[1] RLRQ, c. P-31.1 (article 181.0.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux)*

Comité de gestion des risques

M. Steve Desjardins
M^me^ Manon Léonard, DPACQ
Processus de désignation des autres membres en cours

Le comité de gestion des risques a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers;
- S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
- S'assurer de la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir leur récurrence ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

L'année 2015-2016 a été marquée par le développement d'un modèle de comité de gestion des risques qui remplacera les douze comités que l'on retrouvait dans les anciens établissements. La mise sur pied d'un tel comité pour une organisation de l'envergure du CISSS des Laurentides met en lumière certains enjeux tels que :

- La difficulté pour un seul comité de s'acquitter des mandats qui lui sont dévolus[1];
- Le défi de traiter les données spécifiques en provenance de chacune des installations, en tenant compte de la diversité des clientèles et des activités.

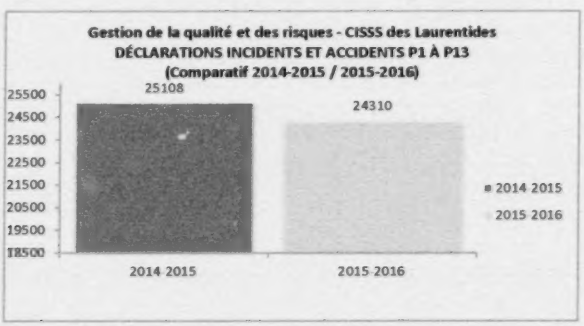
Les réflexions ont mené à proposer la mise sur pied d'un comité stratégique, soutenu par cinq sous-comités, qui traiteront les incidents/accidents par programme-service :

- Le sous-comité soutien à l'autonomie de la personne âgée;
- Le sous-comité santé physique;
- Le sous-comité santé mentale et dépendance;
- Le sous-comité jeunesse et santé publique;
- Le sous-comité déficience intellectuelle – trouble du spectre de l'autisme et déficience physique.

Cette structure, actuellement en déploiement, permettra certainement à l'établissement de mettre en évidence les principaux risques d'incidents/accidents au moyen du système de surveillance.

Faits saillants :

Dans l'ensemble des installations du CISSS Laurentides, 24 310 événements ont été déclarés en 2015-2016 (données provisoires en date du 4 mai 2016). Considérant les 25 108 incidents déclarés en 2014-2015 (données finales) pour l'ensemble des installations qui composent le nouvel établissement, on peut conclure que le niveau de déclaration est demeuré stable.



[1] Article 183.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*

Les comités, les conseils et les instances consultatives (suite)

Constats :

- En analysant les résultats pour chacune des installations du CISSS, on observe pour la moitié de celles-ci (6/12) une hausse du nombre de déclarations;
- Dans les deux installations où l'on retrouve le plus grand nombre de déclarations, soit Lac-des-Deux Montagnes et Saint-Jérôme, on observe une diminution;
- Dans les installations ayant historiquement moins de déclarations, on observe également une diminution.

Les types d'événements :

Types d'événement CISSS des Laurentides
2015-2016

Types d'événement	A-Labelle	Argenteuil	CRDL	CJL	Flores	Le Bouclier	PEH	Lachute	St-Jérôme	LDDM	TDB	D. Sommets	TOTAUX
Abus/Agression/ Harcelement/Intimidation	130	32		9	129	4	23	3	85	99	184	55	753
Autres	627	226	5	320	464	42	128	11	692	448	433	347	3743
Chute	1392	533	6	57	312	96	361	67	1927	1532	1406	857	8546
Quasi chute												45	45
Diète	12	1		2		1	6	3	20	22	23	6	96
Lié à l'équipement	47	12		2	1	1	7		23	59	11	20	183
Lié au bâtiment	11	2		15	4	4	1		15	17	1	4	74
Lié au matériel	58	23		14	7		3	1	64	120	15	53	358
Lié aux effets personnels	19	45		1			2		16	49	59	16	207
Médication	1469	385	3	268	74	43	429	42	1966	1777	555	657	7668
RDM/MMUU	19	6							221	36	3	11	296
Test Dx Imagerie	3	5							33	20		15	76
Test Dx Laboratoire	76	25		1			13		331	327	32	122	927
Traitement	154	71	1	11	20	1	41	2	390	446	47	152	1338
TOTAUX	4017	1366	15	700	1011	194	1014	129	5783	4952	2769	2360	24310

Encore cette année, dans les Laurentides, les événements ayant le plus haut taux de déclarations sont majoritairement ceux reliés aux chutes et aux médicaments, tout comme en 2014-2015.

Par contre, dans la plupart de nos installations de soins de courte durée, le nombre d'événements liés à la médication est souvent celui impliquant davantage de déclarations.

Le troisième type d'événements que l'on déclare en plus grand nombre se retrouve dans la section « Autre ». Ce type d'événements regroupe ceux qui concernent les blessures d'origine connue ou inconnue, les bris de confidentialité, les plaies de pression, les erreurs liées aux dossiers, etc.

Pour l'année à venir, il faudra donc poursuivre les actions liées à la prévention de la récurrence des événements en lien avec les chutes et les médicaments d'une part, mais également approfondir l'analyse des événements dans la catégorie « Autre » afin de bien orienter nos actions pour en éviter la récurrence.

Mise en garde :

Le rapport annuel 2015-2016 constitue le premier rapport pour le CISSS des Laurentides intégrant les données provenant des anciens établissements. Les données concernant les incidents et accidents étaient précédemment saisies dans 12 systèmes qui ont été intégrés en un seul système en mars 2016.

La saisie des données est permise cette année par le Ministère jusqu'au 15 juin, ce qui causera certains écarts selon les dates de production requise pour les différents rapports. Les données 2015-2016 du présent rapport ont été produites en date du 4 mai 2016. Les données de l'année 2014-2015 sont les données finales pouvant avoir été saisies jusqu'à une date ultérieure au 4 mai 2015.

Des mesures seront prises en 2016-2017 pour harmoniser le processus de saisie des données.

Comité des ressources humaines

M. François Bédard
M^me^ Sylvie Boulanger, DRHCAJ
M. Jean-François Foisy, PDG
M^me^ Paule Fortier
M^me^ Lyne Gaudreault
M. Hugh Mitchell
M. Donald Vezeau

Le comité des ressources humaines du conseil d'administration est informé à propos des activités des secteurs suivants : dotation, santé et sécurité du travail, développement organisationnel ainsi que relations de travail. Plus particulièrement, il s'intéresse à la mobilisation des personnes, à la planification globale de la main-d'œuvre et aux activités qui y sont rattachées, à la présence au travail, au développement des compétences et aux programmes associés ainsi qu'au climat de travail.

Il peut émettre certaines recommandations et exerce un rôle de vigie.

Le comité fait des recommandations au conseil d'administration concernant les orientations et agit à titre de promoteur des meilleures pratiques de gestion des ressources humaines afin de faire du CISSS des Laurentides un employeur de choix.

Comité des usagers

M. Gilles Biron
M^me^ Jocelyne Chevrier
M^me^ Lisane Choinière Bédard, vice-présidente
M^me^ Denise Hudon
M^me^ Line Laforest
M. Normand Lajoie, président
M. Pierre Lemieux
M^me^ Rose Manconi
M^me^ Madelaine Michaud
M^me^ France Mongeau, secrétaire
M^me^ Lorraine Monk
M^me^ Jacinthe Normand
M. Alain Paquette, représentant du PDG
M. Pierre Proulx
M^me^ Diane Rioux
M^me^ Jacqueline St-Pierre
M^me^ Edna Young

Le comité des usagers, conformément à la LSSSS, renseigne les usagers sur leurs droits et leurs obligations, fait la promotion de l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évalue le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus, défend les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager. Il accompagne ou assiste sur demande un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il porte plainte auprès du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services. La région des Laurentides compte plusieurs comités de résidents, douze comités locaux et un comité régional. Un membre du comité régional siège au conseil d'administration de l'établissement.

Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Le comité régional d'accès aux services en langue anglaise (CRASLA) a pour mandats de donner son avis sur le programme d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise, de l'évaluer et, le cas échéant, d'y suggérer des modifications. À la demande du MSSS, l'établissement procèdera à un appel de candidature et les membres seront ensuite nommés par le conseil d'administration. La mise sur pied de ce comité est prévue à l'automne 2016.

Les faits saillants

PDGA – programmes sociaux, de réadaptation et de santé mentale

Les grands enjeux de l'année 2015-2016 pour les programmes sociaux, de réadaptation et de santé mentale prennent assise sur les orientations ministérielles et se situent principalement dans de la définition des différentes offres de service et dans l'harmonisation des trajectoires visant l'accessibilité, la fluidité, la complémentarité et la qualité des services offerts à la population du territoire des Laurentides.

Le CISSS des Laurentides a réalisé les différents projets suivants au cours de la dernière année :

- Élaboration d'un plan spécifique de préparation et de gestion lors d'éclosion d'influenza dans les résidences pour personnes âgées;
- Réorganisation des mécanismes d'accès à l'hébergement permettant un accès simplifié aux places d'hébergement pour la clientèle personne âgée ainsi que pour la clientèle jeunesse. Ces mécanismes permettent maintenant de meilleurs arrimages entre les besoins et les places disponibles au niveau de l'hébergement;
- Mise en place d'une approche novatrice d'intervention impliquant du personnel de la Direction du programme jeunesse et de la Direction de la protection de la jeunesse, limitant la hausse des signalements par une augmentation des services offerts en service de proximité;
- Mise en place d'une équipe pour accueillir la cohorte des réfugiés syriens au sein de la région;
- Développement d'un modèle régional organisationnel et clinique des services de santé mentale jeunesse et de pédopsychiatrie au sein du programme jeunesse afin d'assurer l'accessibilité des services sur tout le territoire;
- Mise en place d'une procédure simple permettant d'évaluer la satisfaction des usagers et de leurs proches en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique. Le tout visant à augmenter la qualité des services;
- Production d'une gamme d'outils d'information et d'analyse sur l'état de santé de la population par la Direction de santé publique qui permettent de cibler les actions à mener auprès de la population;
- Développement d'une offre de service pour les municipalités de la région relativement aux environnements favorables aux saines habitudes de vie;
- Enracinement du CISSS des Laurentides au sein des communautés et collaboration avec les partenaires des réseaux locaux de services tout en assurant les liens avec le réseau territorial;
- Implantation d'un projet patient-partenaire en santé mentale;
- Poursuite des travaux pour le nouveau pavillon de santé mentale en collaboration étroite avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Société québécoise d'infrastructure.

Les faits saillants

DGA – programme santé physique générale et spécialisée, de l'enseignement et de la recherche

Améliorer l'accès local aux services de base et à l'offre de service régionale

Plusieurs actions ont été posées permettant ainsi de faire de réelles avancées : une référence en cabinet pour les clientèles non urgentes se présentant à l'urgence dans certaines zones de services et la création du guichet d'accès unique aux médecins de famille; l'ouverture de services de dialyse en zone sud ayant permis de rapprocher de leur domicile la clientèle étant traitée à Laval et à Saint-Jérôme et procurant un accès supplémentaire de 20 places; la consolidation de deux pôles de service en ophtalmologie à Saint-Jérôme et un projet de construction en cours à Sainte-Agathe-des-Monts (les services en zone sud étant en discussion auprès du MSSS), des travaux de planification réalisés en collaboration avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et le MSSS en vue du développement du centre de cancérologie en zone sud pour 2017.

Régulariser des problèmes importants d'accessibilité

Le départ de deux radiologistes en zone nord a engendré un problème significatif de couverture médicale. Des solutions ont pu être mises de l'avant avec la collaboration des radiologistes des autres installations et un renfort hors région. Cette situation demeure encore fragile, mais le CISSS attend l'arrivée de nouveaux radiologistes au cours des prochains mois. Également, l'achalandage des urgences demeure un souci constant et c'est pourquoi un comité stratégique a été mis en place avec des équipes locales interdisciplinaires pour appliquer des solutions concrètes afin d'éviter le recours à l'urgence, améliorer les séjours et rediriger les clientèles ne nécessitant plus d'hospitalisation. Un comité de crise a aussi été institué pour mieux gérer les interventions en période d'achalandage.

Promouvoir et développer les pratiques professionnelles

Mettant à profit l'expertise des conseillères cliniques de l'ensemble du CISSS, la Direction générale adjointe est fière d'avoir élaboré et mis en place un cadre de référence des pratiques psychosociales. Il s'agit d'un outil prônant les meilleures pratiques et interventions dans le domaine à travers l'établissement. Également, une étude portant sur la pertinence des biopsies mammaires basées sur les meilleures pratiques a été réalisée. Plusieurs programmes cliniques ont été revus : le programme d'accident vasculaire cérébral, le programme d'insuffisance rénale et le programme de cancérologie (en cours). Finalement, certaines trajectoires de soins sont à l'étude dont celles des maladies respiratoires, du cancer du poumon et de l'endoscopie digestive.

Miser sur le développement de l'excellence par l'enseignement et la recherche

Cette année a permis de jeter les bases nécessaires à l'organisation d'une structure régionale pour l'enseignement et la recherche permettant ainsi de préparer solidement la venue du contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal. Quelque 130 projets de recherche sont en cours et 32 nouveaux projets ont été acceptés depuis de début de l'année. En ce qui a trait à l'enseignement, 70 332 jours de stage de tous les niveaux académiques ont été réalisés.

Les faits saillants

DGA – Soutien, administration, performance et logistique

La Direction générale adjointe soutien, administration, performance et logistique est composée de directions ayant des mandats variés et différents, mais toujours en soutien à l'organisation. Il s'agit de la Direction des services techniques et du génie biomédical, de la Direction de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité et de la Direction de la logistique. Relevant directement du directeur général adjoint, s'ajoutent la coordination des services préhospitaliers d'urgence et de la sécurité civile et le service de gestion et relations contractuelles des ressources non institutionnelles (ressources intermédiaires et de type familial). Enfin, elle assume également une fonction temporaire et particulière de soutien à la transformation jusqu'au 31 mars 2017. À l'instar des autres secteurs administratifs de l'établissement, les directions faisant partie de la Direction générale adjointe soutien, administration, performance et logistique se sont beaucoup affairées à mettre en place leurs nouvelles structures au cours des premiers mois de l'année 2015-2016.

La Direction des services techniques, en plus de continuer à assumer ses fonctions régulières, a consacré des énergies à la planification, l'organisation et le déménagement de quelque 1 200 personnes dans le cadre de la mise en place des directions tout en s'assurant d'une utilisation optimale des espaces appartenant à l'établissement. Elle a ainsi pu faire économiser plus de 728 000 $ en location d'espace. Elle a aussi procédé à l'intégration des plans de mesures d'urgence des anciens établissements en un seul.

La Direction de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité a contribué, par ses analyses, à évaluer la performance financière des différents centres d'activité de l'établissement dans le cadre du plan de retour à l'équilibre budgétaire et en vue de favoriser le développement d'une culture d'amélioration continue de la performance. Elle a mis en place son bureau de projet, recensé le portefeuille de projets organisationnels, développé un coffre à outils en gestion de projet et installé la structure de base de la salle de pilotage stratégique du comité de direction. Elle a également produit un modèle adapté de gestion des risques. Cette direction a aussi été impliquée dans seize visites d'évaluation de la qualité des services en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et en ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF) et dans les suivis des plans d'action.

La Direction de la logistique est responsable de la chaîne d'approvisionnement, du réapprovisionnement, du transport des personnes et des marchandises et de la gestion contractuelle. La direction a produit une politique d'approvisionnement et mis en place les mécanismes de contrôle pour s'assurer du respect de l'observance des règles contractuelles. L'établissement a par ailleurs été reconnu comme un grand donneur d'ouvrage par le Secrétariat du Conseil du trésor compte tenu des montants substantiels accordés en contrats et de l'importance de ses dépenses en approvisionnement.

Les faits saillants

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) a trois mandats distincts : elle gère les ressources humaines et soutient les personnes dans le changement, conseille l'ensemble des directions du CISSS des Laurentides en matière de communications internes et exerce un rôle d'expert pour toutes les activités ayant une portée juridique touchant l'établissement.

Création d'un nouveau modèle de gestion des ressources humaines

La transformation du réseau a amené la DRHCAJ à créer un guichet unique pour les gestionnaires où des partenaires ressources humaines (RH) attitrés à chacun d'eux les accompagnent dans toutes les facettes de la gestion des RH.

Réorganisation des secteurs administratifs et cliniques

La réorganisation des secteurs administratifs et cliniques s'est amorcée par la refonte des structures d'encadrement, faisant passer de 506 à 387 le nombre de gestionnaires administratifs et cliniques. À terme, cette réorganisation permettra d'ajuster les structures afin d'améliorer la fluidité et la qualité des soins et des services offerts à la population.

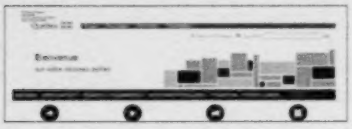
Soutien à la transformation

La DRHCAJ a mis en place un programme de soutien et d'accompagnement des cadres et de leurs équipes. Celui-ci comprend notamment un coffre à outils, des ateliers et de l'accompagnement personnalisé.

La direction a de plus procédé au lancement du premier processus du plan de déploiement des ressources humaines en mode CISSS pour les employés syndiqués, au déploiement du plan de formation relié à la Loi 2 sur les soins de fin de vie, au repositionnement de la démarche Entreprise en santé et à l'adoption d'une politique santé et mieux-être.

Création d'outils de communication interne

La DRHCAJ a également créé plusieurs outils de communication s'adressant aux membres du personnel, médecins, sages-femmes et bénévoles du CISSS. Elle a notamment procédé au lancement d'un intranet pour l'ensemble des installations de la région, créé des plans de communication interne pour chacune des directions et publie régulièrement une infolettre et un journal interne (La Boussole).



Mise en place de l'équipe des affaires juridiques

Un service des affaires juridiques a vu le jour au cours de l'année. Celui-ci exerce un rôle d'expert pour l'ensemble des ressources et des activités du CISSS des Laurentides.

Les faits saillants

Direction des ressouces financières

La Direction des ressources financières, comme celle des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques et celle des services techniques, a été l'une des premières à voir le jour à la suite de la création du CISSS des Laurentides. En 2015-2016, elle a établi son plan d'organisation, doté ses postes d'encadrement et regroupé physiquement, après une réorganisation administrative, l'ensemble de ses ressources dans cinq pôles sur le territoire, à savoir les installations de : Saint-Eustache (paie), Thérèse-De Blainville (comptes à payer), Saint-Jérôme (budget et paie), Sainte-Adèle (comptabilité générale) et Rivière-Rouge (comptes à payer).

Les trois enjeux majeurs auxquels la direction a été confrontée ont été :

- La continuité des affaires courantes (financières et budgétaires) dans un contexte de changement de gouvernance;
- L'utilisation de 13 systèmes d'information pour répondre aux besoins de suivi budgétaire selon le nouvel organigramme;
- L'accompagnement et le soutien à l'ensemble des gestionnaires et des membres du comité de direction dans l'identification et la réalisation d'un plan d'équilibre ambitieux de 46,5 M$, échelonné sur deux ans.

Le principal défi pour 2016-2017 sera d'intégrer, dans le respect du moratoire sur les systèmes d'information, les systèmes d'information dans les domaines financiers, d'approvisionnement, de paie et de la gestion des ressources humaines.

Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les engagements convenus à l'entente de gestion et d'imputabilité 2015-2016 entre le MSSS et le CISSS des Laurentides, ainsi que les résultats obtenus, présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2015-2016.

Signé à Saint-Jérôme, le 1er juin 2016

Jean-François Foisy
Président-directeur général

Chapitre III : Les attentes spécifiques

Le chapitre III de l'entente de gestion et d'imputabilité précise les attentes spécifiques des directions générales du Ministère au CISSS des Laurentides. De plus, dans le but d'assurer l'efficience de la mise en place de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, le Ministère a précisé des attentes spécifiques à cette mise en oeuvre.

L'ensemble des livrables attendus a été réalisé et transmis au MSSS. Les détails peuvent être consultés dans les fiches en annexe du rapport annuel de gestion 2015-2016.

Section	Nombre de livrables
1. Mise en œuvre de la Loi	8
2. Santé publique	1
3. Services sociaux	9
4. Services de santé et médecine universitaire	5
5. Finances, immobilisations et budget	1
6. Coordination	1
7. Planification, performance et qualité	1
8. Technologie de l'information	8
Total	**34**

Reddition de comptes du CISSS des Laurentides

Chapitre IV

Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du plan stratégique 2015-2016 du MSSS

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Sécurité et pertinence

Objectif de résultats :	8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.01.19.01-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	80	80	60
1.01.19.02-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100

Commentaires

1.01.19.01 Conformité aux taux établis - Diarrhées associées au Clostridium difficile
Deux des cinq CHSGS n'ont pas maintenu des taux inférieurs aux seuils établis. Le taux observé dans l'un des CHSGS pourrait être associé à une hausse du nombre de cas lors de la saison grippale (en particulier durant la P1) durant laquelle le nombre d'hospitalisations pour des problèmes pulmonaires a été important. Dans l'autre installation, de petite taille, deux éclosions, respectivement de 6 et de 7 cas, ont conduit au dépassement du seuil.

1.01.19.02 Conformité aux taux établis - Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
L'engagement a été respecté : les cinq CHSGS de la région ayant maintenu des taux inférieurs aux seuils établis.

Établissement : CISSS des Laurentides

Personne ayant complété la fiche : Dr Éric Goyer | **Date** : 01 juin 2016

* Résultats en date du : 22 mai 2015

** Résultats en date du : 01 juin 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Prévention des infections
Objectif de résultats :	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.01.24-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	N/A	2213	2222

Commentaires
L'engagement est respecté. Toutefois, il y a eu une saisie incomplète et non récupérable des données de plusieurs programmes, dont le dépistage ITSS, en raison des moyens de pression dans le contexte des négociations de conventions collectives. Bien que les intervenants aient réalisé ces activités, il n'y a pas de moyen d'estimer l'ampleur des données manquantes à cause de cette situation.
Établissement : CISSS des Laurentides
Personne ayant complété la fiche : Dr Éric Goyer — **Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 11 mai 2015
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Première ligne et urgence

Objectif de résultats :	4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.09.25-PS Nombre total de GMF	18	20	18
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	65.5	68.0	70.3

Commentaires

1.09.25 Groupe de médecine de famille (GMF)

À ce jour, 18 GMF sont accrédités par le Ministère. Il n'y a eu aucune accréditation de GMF sur le territoire des Laurentides en 2015-2016.

1.09.27 Population inscrite auprès d'un médecin de famille

L'engagement est respecté.

Établissement : CISSS des Laurentides	
Personne ayant complété la fiche : Dr François Gauthier	**Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 19 mai 2015
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Première ligne et urgence

Objectif de résultats :	5. Réduire le temps d'attente à l'urgence

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour (DMS) pour la clientèle sur civière à l'urgence	20.5	12.00	19.72
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures.	46.6	46.7	48.2
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures.	44.8	44.8	46.5

Commentaires

1.09.01 DMS clientèle sur civière

La situation s'est légèrement améliorée dans la région par rapport à 2014-2015 sans toutefois respecter l'engagement d'une DMS de 12 heures.

À cet effet, le CISSS des Laurentides a mis en place un comité stratégique afin d'aborder les différentes problématiques des urgences de la région et ainsi assurer une meilleure prise en charge de la clientèle.

De plus, il est important de noter que quatre des urgences de la région ont une DMS inférieure à 19 heures dont deux sont inférieures à 10 heures.

1.09.43 Délai de prise en charge à l'urgence moins de 2 heures

L'engagement est respecté.

1.09.44 Clientèle ambulatoire DMS moins de 4 heures

L'engagement est respecté.

Établissement : CISSS des Laurentides

Personne ayant complété la fiche : Rosemonde Landry / France Dumont	**Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 19 mai 2015
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Services spécialisés

Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateurs (chirurgie)	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an -ensemble des chirurgies	105	0	225
1.09.32.01-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	1	0	4
1.09.32.02-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	2	0	4
1.09.32.03-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	1	0	0
1.09.32.04-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	78	0	171
1.09.32.05-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	23	0	46

Commentaires

1.09.32.00 Ensemble des chirurgies
L'engagement lié à cet indicateur n'est pas respecté malgré une augmentation de la production chirurgicale. Les efforts se poursuivent afin de bien cibler la clientèle à prioriser.

1.09.32.01 et 1.09.32.02 Arthroplastie totale de la hanche et arthroplastie totale du genou
Plusieurs pistes d'amélioration se poursuivent :
• En clinique externe d'orthopédie, orienter les requêtes ayant une forte probabilité « chirurgicale » en fonction des délais de réalisation les plus courts;
• Poursuivre la revue des processus de planification des activités de préadmission, des programmes opératoires et de la gestion efficiente des lits;
• Ajuster les disponibilités opératoires en orthopédie en fonction de l'utilisation des autres spécialités;
• Maintenir l'entente de zone franche en orthopédie entre trois installations de la région, permettant que soient réalisées des arthroplasties de la hanche et du genou par une équipe d'orthopédistes de la région.

1.09.32.03 Chirurgie de la cataracte
L'engagement est respecté. Aucun usager n'est en attente depuis plus d'un an.

1.09.32.04 et 1.09.32.05 Chirurgie d'un jour et chirurgie avec hospitalisation
L'entente de zone franche en chirurgie d'un jour entre les installations de la région a permis d'améliorer l'accès orthopédique. Elle devra être envisagée pour d'autres spécialités. Les travaux d'optimisation des durées de séjour en gestion des lits devraient permettre d'améliorer les résultats pour la prochaine année.

Établissement : CISSS des Laurentides

Personne ayant complété la fiche : Rosemonde Landry / France Dumont	**Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 16 mai 2016 ** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020	
Axe d'intervention :	Services spécialisés
Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateurs (imagerie médicale)	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.09.34.01-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	73.2	90.0	100
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	80.8	90.0	50.9
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	64.8	90.0	73.3
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100.0	90.0	97.6
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	30.5	90.0	32.3
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	34.8	90.0	31.9
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	38.5	90.0	49.1
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	85.5	90.0	77.1
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	44.2	90.0	62.7

Commentaires	
1.09.34.01 Graphies Toute la région des Laurentides fonctionne selon un mode sans rendez-vous pour la graphie générale. L'engagement est donc respecté en P13, soit 100% des demandes en attente depuis moins de trois mois. **1.09.34.02 à 09** Le déséquilibre entre la capacité de production des appareils et la capacité d'interprétation des clichés et l'augmentation des volumes expliquent en partie le non-respect des engagements. Par ailleurs, l'engagement est respecté pour ce qui est des échographies obstétricales (1.09.34.04).	
Établissement : CISSS des Laurentides	
Personne ayant complété la fiche : Julie Boucher / France Dumont	**Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 16 mai 2016 ** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Services spécialisés

Objectif de résultats :	7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	64.8	90.0	64.5

Commentaires
L'engagement n'est pas respecté. Cependant, 92 % des patients sont traités dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (1.09.33.02). La capacité opératoire est en consolidation dans deux installations de la région avec l'ouverture de priorités opératoires additionnelles. Cette situation est en voie de se résorber et permettra d'améliorer les résultats pour 2016-2017.
Établissement : CISSS des Laurentides
Personne ayant complété la fiche : Rosemonde Landry / France Dumont — **Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 19 mai 2015
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes âgées

Objectif de résultats :	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	N/A	8087	8244
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	N/A	90%	68.8%

Commentaires

1.03.11 Personnes desservies en soutien à domicile (SAD) longue durée

L'engagement est respecté.

1.03.12 Personnes recevant du SAD ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention

L'engagement n'est pas respecté. Les résultats ne traduisent toutefois pas les efforts déployés sur le terrain. Par ailleurs, il faut prendre en compte la croissance du nombre d'usagers suivis au soutien à domicile au cours de la dernière année augmentant ainsi le nombre d'évaluations requises. Des travaux importants sont entrepris pour consolider les processus en place afin de s'assurer que l'ensemble des usagers ait une évaluation et un plan à jour. Un des enjeux concerne les réévaluations des dossiers d'usagers recevant des services qui sont parfois moins prioritaires que la prise en charge d'usagers en attente de services. La mise en place de moyens soutenus devrait permettre une amélioration significative des résultats et de pérenniser les processus par une meilleure planification à long terme des évaluations et des plans à compléter.

Établissement : CISSS des Laurentides

Personne ayant complété la fiche : Christophe Cadoz	**Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : Non applicable

** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes vulnérables

Objectif de résultats :	12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1305	1373	1332
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fins de vie	N/A	49	46

Commentaires

1.09.05 Soins palliatifs et de fin de vie à domicile

L'engagement est respecté à 97 %. Tous les usagers nécessitant des services de soins palliatifs à domicile sont desservis. Les processus de référence sont bien établis afin que les patients souhaitant recevoir des soins à domicile aient accès aux services. Il n'y a aucune attente pour la prise en charge des usagers.

1.09.45 Lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie

Il n'y a pas eu de nouveau développement en 2015-2016.

Établissement : CISSS des Laurentides

Personne ayant complété la fiche : Christophe Cadoz / Rosemonde Landry — **Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 16 mai 2016
** Résultats en date du : 16 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes âgées

Objectif de résultats :	11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	16.7%	67%	0%
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	71.43	29.00	100

Commentaires

1.03.07.01 Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

L'engagement n'est pas respecté. En effet, la mise en place d'une nouvelle structure, conséquemment à la création du CISSS des Laurentides, n'a pas permis de garantir la pérennité de l'implantation de l'approche dans l'établissement (nouveaux porteurs de dossier, nouveaux comités, etc.). Durant l'année, les équipes de travail ont rencontré les différents comités, nouvellement créés, et ont amorcé des chantiers qui se poursuivront en 2016-2017 afin d'être en mesure d'atteindre nos engagements.

1.03.10 RSIPA implantés de façon optimale

L'engagement est respecté.

Établissement : CISSS des Laurentides

Personne ayant complété la fiche : Rosemonde Landry / Christophe Cadoz — **Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 24 mai 2015
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes vulnérables

Objectif de résultats :	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	N/A	639	569
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	N/A	264	287

Commentaires

1.08.13 Places en soutien d'intensité variable (SIV)

L'écart à l'engagement en SIV (somme des postes équivalent temps complet (ETC) comblés et vacants avec application du ratio) s'explique par l'ajustement selon le requis populationnel actuel pour les territoires du nord. Une révision des charges de cas des intervenants a été effectuée au cours de l'année afin de mieux cibler la clientèle et ainsi répondre adéquatement aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves.

Le respect de l'engagement est visé en explorant l'avenue de la réallocation de ressources en fonction des besoins de la population.

1.08.14 Places en suivi intensif dans le milieu

L'engagement est respecté.

Établissement : CISSS des Laurentides

Personne ayant complété la fiche : Jacques Fréchette	**Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : Non applicable
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Mobilisation du personnel

Objectifs de résultats :	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	7.16	7.18	7.97

Commentaires

Malgré les différentes pistes d'action mises en place depuis la création du CISSS des Laurentides, l'engagement de 7.18 n'a pas été respecté. Le ratio a augmenté de 11 % en 2015-2016, et ce, par rapport à l'année précédente. Devant cette situation préoccupante, un plan d'action a été élaboré, dont voici les principales actions :

- Mettre en place des pratiques de gestion mobilisatrices favorisant la présence au travail (reconnaissance, communication, clarification rôles/responsabilités, etc.);
- Intégrer à l'appréciation de la contribution des cadres un objectif lié à la mobilisation et à la gestion de la présence au travail;
- Développer un tableau de bord avec des indicateurs permettant de dresser un portrait, pour chaque période financière, de la situation en assurance salaire pour chaque installation, direction et globalement pour le CISSS;
- Développer un plan d'action en matière de santé mentale qui inclut les quatre actions de la mesure 8 du plan ministériel en santé mentale 2015-2020;
- Organiser des rencontres de suivi des dossiers d'invalidité avec les gestionnaires afin de convenir d'actions pouvant accélérer le retour au travail;
- Réviser et clarifier les rôles et responsabilités du secteur santé et sécurité et des gestionnaires dans la gestion intégrée de la présence au travail;
- Former des médecins sur le fonctionnement du régime d'assurance salaire et sur l'impact budgétaire en tant qu'agent assureur;
- Regrouper les équipes santé et sécurité du travail afin d'optimiser la gestion administrative.
- Poursuivre et actualiser Entreprise en santé;
- Former les gestionnaires en gestion de la présence au travail (retour au travail, accommodement, mesures administratives, etc.).

Établissement : CISSS des Laurentides

Personne ayant complété la fiche : Sylvie Boulanger	**Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 16 mai 2016

** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Mobilisation du personnel

Objectifs de résultats :	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires (TS)	3.24	3.20	3.02
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI)	1.79	1.88	1.45

Commentaires

3.05.02 Heures supplémentaires
L'harmonisation des pratiques en matière de gestion du temps supplémentaire (TS) a permis au CISSS des Laurentides de respecter l'engagement fixé à l'entente de gestion et d'imputabilité. Les efforts déployés par les gestionnaires des services afin de mieux prévoir leurs besoins de main-d'œuvre, et ce, en travaillant en étroite collaboration avec l'équipe de la gestion des activités de remplacement, a porté ses fruits. De plus, des travaux sont en cours dans le processus d'orientation lors de l'entrée en fonction ainsi que sur la création de postes d'autosuffisance. Ces travaux permettront une meilleure stabilité dans les équipes de travail.

3.06.00 Main-d'œuvre indépendante (MOI)
Les différentes actions mises en place par l'équipe de la gestion des remplacements ont permis au CISSS des Laurentides d'atteindre ses engagements en matière d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante, et ce, de manière convaincante. L'utilisation maximale des disponibilités des ressources humaines à travers l'ensemble du territoire du CISSS, en leur permettant de travailler dans différentes installations, ainsi que la création d'un comité MOI-TS impliquant différentes directions cliniques et la DRHCAJ, ont grandement contribué à ces résultats. La poursuite des travaux d'harmonisation en matière d'activités de remplacement à travers le territoire ainsi que la fusion des systèmes d'information des ressources humaines devraient permettre au CISSS de poursuivre sa progression en matière d'utilisation de la MOI.

Établissement : CISSS des Laurentides

Personne ayant complété la fiche : Sylvie Boulanger	**Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 16 mai 2016
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Santé publique

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	42.1	54.0	64.8

Commentaires	
L'engagement est respecté.	
Établissement : CISSS des Laurentides	
Personne ayant complété la fiche : Dr Éric Goyer	**Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 19 mai 2015
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100
1.01.25-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	N/A	100	0

Commentaires

1.01.19.03 Conformité aux taux établis - Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs

L'engagement a été respecté : le seul CHSGS de la région visé par l'indicateur ayant maintenu des taux inférieurs aux seuils établis.

1.01.25 CHSGS ayant un comité de PCI fonctionnel

Aucune rencontre du comité stratégique en prévention et contrôle des infections n'a eu lieu en 2015-2016. Un modèle d'organisation de comité PCI a été proposé et a reçu l'aval de toutes les instances sauf les microbiologistes qui doivent se consulter. Toutefois, des équipes locales en PCI ont poursuivi leurs rencontres.

Établissement : CISSS des Laurentides

Personne ayant complété la fiche : Dr Éric Goyer	**Date** : 01 juin 2016

* Résultats en date du : 22 mai 2015

** Résultats en date du : 01 juin 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Services généraux

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	77.5	90.0	83.0

Commentaires
L'engagement n'est pas respecté. Les travaux d'implantation d'Info-Social se poursuivent en combinaison avec la mise en place du service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence. Ceci devrait permettre l'atteinte de la cible de 90 % en 2016-2017.
Établissement : CISSS des Laurentides
Personne ayant complété la fiche : Jacques Fréchette — **Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 19 mai 2015
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Dépendance

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	78.6	80.0	70.7

Commentaires
L'utilisation de la version longue de l'outil d'évaluation GAIN a pour conséquence de rallonger le temps habituellement consacré à une évaluation spécialisée d'un usager. De plus, la formation GAIN implique que les intervenants en cours de formation ne soient pas disponibles durant une période significative. Par contre, la qualité de l'évaluation est considérablement augmentée et ceci est très apprécié des partenaires et spécifiquement de certains médecins. Il est envisagé comme mesure correctrice d'utiliser la version plus courte de l'outil GAIN aussitôt qu'elle sera disponible. Ce nouvel outil aura un impact appréciable sur le délai d'attente. L'outil GAIN (Global Appraisal of Individual Needs) vise une meilleure connaissance des besoins de la clientèle.
Établissement : CISSS des Laurentides
Personne ayant complété la fiche : Jacques Fréchette — **Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 19 mai 2015
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Chirurgie oncologique

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	91.7	100.0	92.2

Commentaires
L'engagement n'est pas respecté, avec un résultat similaire à 2014-2015. Les constats et mesures mises en place sont les mêmes que pour le traitement des patients par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (1.09.33.01). En effet, la capacité opératoire est en consolidation dans deux installations de la région avec l'ouverture de priorités opératoires additionnelles. Cette situation est en voie de se résorber et permettra d'améliorer les résultats pour 2016-2017.
Établissement : CISSS des Laurentides
Personne ayant complété la fiche : Rosemonde Landry / France Dumont — **Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 31 mars 2015
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Déficience

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (DP) - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	81.0	90.0	82.1
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	NA	90.0	81.8
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	85.8	90.0	88.4
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	NA	90.0	81.8

Commentaires

1.45.04.01 DI-TSA-DP/CLSC : L'accessibilité aux services professionnels en soutien à l'autonomie des personnes âgées – soutien à domicile (SAPA-SAD) dans les délais prescrits demeure un défi d'organisation de service, et ce, particulièrement pour la clientèle DP. L'amélioration de la qualité des données par l'harmonisation des procédures de saisie des intrants au module SIC Plus du système d'information I-CLSC, pour la clientèle DI-TSA qui bénéficie des services en SAD, permettra également une amélioration des résultats.

1.45.04.05 DP/CRDP : L'engagement n'est pas respecté en raison de l'augmentation des références en déficience du langage (114 de plus qu'en 2014-15). Toutefois, il y a une amélioration significative du respect des délais, et ce, avec un nombre supérieur d'usagers desservis en 2015-2016.
Mesures correctives : Réorganisation de l'offre de service en déficience langagière.

1.45.05.05 DI-TSA/CRDITED : L'engagement n'est pas respecté en raison des demandes de services d'hébergement inter région. Il s'agit d'usagers actuellement hébergés dans une autre région qui demandent un déplacement résidentiel dans les Laurentides. Ces demandes sont traitées comme des demandes de premier service. Or, le service d'hébergement du CISSS des Laurentides n'arrive pas à répondre à ces demandes dans les délais prescrits dans le cadre du plan d'accès.
Mesures correctives : Actualisation du plan d'action à l'hébergement à l'adulte.

Établissement : CISSS des Laurentides

Personne ayant complété la fiche : Jean-Philippe Cotton	**Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 31 mars 2015
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Hygiène et salubrité

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	20	100	20

Commentaires	
L'engagement n'est pas respecté. Les équipes d'hygiène et salubrité, les équipes de prévention des infections et le personnel des unités de soins travaillent en collaboration à l'amélioration continue des façons de faire et verront à poursuivre leurs efforts en vue de procéder à l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité à travers le CISSS.	
Établissement : CISSS des Laurentides	
Personne ayant complété la fiche : Patrick Bureau	**Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 31 mars 2015
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2	
Secteur d'activités :	Ressources technologiques

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS)	90.7	95.0	87

Commentaires

L'engagement n'est pas respecté.

Tel que mentionné par le Ministère, plusieurs éléments ont influencé ce résultat :

- La priorité et la récurrence des efforts à déployer sur le dossier pour assurer les mises à jour;
- Le volet transversal du dossier qui requiert un fonctionnement afin d'établir la collaboration de toutes les directions affaires, mais également des ressources du réseau (et hors réseau);
- Le manque de transfert d'expertise à la suite des nombreux mouvements de personnel;
- La disponibilité et la qualité de l'information qui repose parfois sur une seule personne.

Suite à l'orientation prise au comité de direction de décembre 2015, il est possible de souligner :
- Les délais causés par le départage des ressources par direction;
- L'identification des répondantes, l'appropriation du rôle et des responsabilités par les différentes directions;
- La formation à préparer, planifier et donner à l'ensemble des répondantes;
- Les liens à faire avec le Ministère et la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) du Ministère afin de rendre efficient le nouveau mode de fonctionnement.

La mise en place du nouveau mode de fonctionnement, la formation donnée aux répondantes nommées pour chacune des directions et la coordination du suivi périodique des résultats ont contribué à l'amélioration constatée alors que 92 % des ressources étaient à jour au 1er mai 2016.

Établissement : CISSS des Laurentides	
Personne ayant complété la fiche : Yves St-Onge	**Date** : 31 mai 2016

* Résultats en date du : 31 mars 2015
** Résultats en date du : 31 mai 2016

Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

- L'agrément
- La sécurité des soins et des services
- Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement
- L'examen des plaintes et la promotion des droits
- L'information et la consultation de la population

L'agrément

Ensemble vers l'excellence

Au cours de la dernière année, le CISSS des Laurentides a assuré les suivis requis à la suite des recommandations d'Agrément Canada pour les installations de trois secteurs ; celles du Lac-des-Deux-Montagnes, des Pays-d'en-Haut et d'Argenteuil.

Pour les installations du Lac-des-Deux-Montagnes, les améliorations réalisées ont porté sur les points suivants :

- La clarification des rôles et responsabilités de chacun en matière de sécurité des usagers;
- La révision du plan de sécurité des usagers pour ces installations;
- Le respect des règles de confidentialité;
- La gestion des risques liés aux mesures d'urgence (ex. : évacuation en cas d'incendie);
- La restriction de l'accès à certains locaux afin de diminuer les risques de contamination;
- La formation en réanimation cardiaque pour le personnel travaillant en imagerie médicale;
- L'amélioration des procédures touchant l'hygiène et la salubrité dans le laboratoire;
- Les procédures liées à des méthodes diagnostiques en dehors du laboratoire (ex. : utilisation de glucomètre aux unités de soins);
- L'évaluation des risques qui concernent la sécurité des usagers à domicile;
- Les mécanismes d'alarme pour le maintien de l'intégrité des produits sanguins, ainsi que les procédures liées aux transfusions sanguines;
- Le consentement aux soins pour les usagers qui reçoivent des services ambulatoires et également lors de transfusion de produits sanguins;
- La gestion des questions éthiques, notamment en soins de longue durée;
- La manipulation sécuritaire de certains produits biologiques au laboratoire.

Pour les installations des Pays-d'en-Haut, les travaux ont porté sur l'entretien préventif des équipements biomédicaux. À ce chapitre, la création du CISSS a permis de mettre à profit des ressources maintenant partagées et de respecter les meilleures pratiques en la matière.

Aux installations d'Argenteuil, des améliorations ont été apportées à la planification des soins pour la clientèle en clinique ambulatoire d'oncologie.

D'autres travaux se poursuivent aux installations d'Antoine-Labelle et des Sommets relativement aux visites précédentes d'Agrément Canada. De plus, le CISSS des Laurentides travaille à la préparation de sa première visite d'agrément qui aura lieu au cours de l'année 2017-2018.

La sécurité des soins et des services

Des efforts ont été déployés afin de maintenir la culture de déclaration des incidents et accidents dans l'ensemble des installations du CISSS. Un suivi trimestriel a permis d'identifier les zones où les déclarations apparaissaient être en déclin par rapport à l'année précédente.

Afin de contrer ces diminutions, une équipe de conseillères a été répartie sur l'ensemble du territoire et au sein de chacune des missions. Les secteurs démontrant une baisse du nombre de déclarations ont été ciblés afin qu'ils bénéficient d'une formation sur la déclaration des incidents et accidents.

Cette vigie, et le soutien offert aux différents services, ont permis d'observer une légère diminution du nombre de déclarations (7 %) alors que le contexte de réorganisation laissait appréhender une diminution beaucoup plus importante.

Nombre de déclarations		
2014-2015	**2015-2016**	**Diminution**
25 108	24 310	-3 %

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers[1]

Chaque secteur d'activités cliniques du CISSS des Laurentides a fait les efforts requis afin d'appliquer les mesures de contrôle des usagers dans le respect du nouveau cadre de référence du MSSS dévoilé en mars 2015. Le CISSS s'est investi afin d'harmoniser, dans l'ensemble des installations, des pratiques de gestion, comme la surveillance des indicateurs et le système de compilation des données, ainsi que des pratiques cliniques, telles que l'évaluation et le consentement.

Les travaux de la prochaine année serviront à créer et déployer un protocole d'application uniforme et conforme au cadre de référence du MSSS, à développer les procédures de chaque secteur clinique concerné et à exploiter les données permettant de faire la surveillance des indicateurs de performance.

Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

Lorsqu'un décès survient dans la région des Laurentides et qu'une enquête du coroner est nécessaire, le CISSS des Laurentides est responsable d'assurer le suivi des recommandations émises par celui-ci auprès des directions et des installations concernées. Au cours de l'année 2015-2016, trois rapports de coroner ont nécessité la mise en place et le suivi de plans d'amélioration.

[1] Article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*

À la suite d'un décès par suicide dans la communauté, des améliorations ont été apportées au CLSC de Thérèse-De Blainville :

- Assurer une réponse en moins de 24 heures à son service de crise pour les personnes suicidaires;
- Offrir, par l'intermédiaire d'un intervenant pivot, un suivi personnalisé auprès des personnes à risque de suicide;
- S'assurer que les intervenants aient une meilleure connaissance de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*;
- Documenter systématiquement par écrit la situation au dossier de l'usager.

Pour donner suite aux recommandations du coroner concernant le décès d'une usagère vivant seule et ayant fait une chute à domicile, la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées a révisé la documentation qu'elle remet à la clientèle. Bien que ce malheureux événement se soit produit dans un secteur précis, le fait que tous les services de soutien à domicile relèvent maintenant d'une même direction, au sein d'un seul établissement, a facilité l'uniformisation de la documentation dans l'ensemble des Laurentides.

Cette documentation comporte maintenant de l'information sur les différents services de surveillance à domicile qui sont offerts aux personnes qui vivent seules.

Les recommandations contenues dans un rapport de coroner à la suite du décès par suicide d'un jeune usager en centre de réadaptation ont amené le CISSS des Laurentides à apporter les améliorations suivantes :

- La révision du protocole suicide, notamment au chapitre des mécanismes de soutien et d'accompagnement clinique offerts à la clientèle et au personnel;
- La poursuite de la formation du personnel sur l'application du protocole suicide;
- L'ajout d'une ressource qui soutient le personnel dans l'application de ce protocole et assure le suivi de l'ensemble des situations pour lesquelles il est appliqué.

En complément à ces actions, la Direction du programme jeunesse a entrepris des travaux afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés en santé mentale. Une augmentation du nombre de lits d'hospitalisation pour la clientèle pédopsychiatrique figure parmi les solutions envisagées.

Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement

Les différentes installations du CISSS des Laurentides desservent des personnes visées par la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (RLRQ, chapitre P-38.001).

	Nombre de personnes
Mises sous garde préventives ou provisoires	1 garde provisoire 1 296 gardes préventives
Mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil du Québec	743
Demandes de mises sous garde présentées au tribunal par l'établissement	862
Usagers différents visés par une mise sous garde préventive, provisoire ou autorisée	1 366

L'établissement est à harmoniser son processus de collecte de données. Il est possible que pour l'année 2015-2016 certaines erreurs de compilation aient pu se glisser dans les résultats obtenus.

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le rapport annuel du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits est disponible sur le site Internet du CISSS des Laurentides au www.santelaurentides.gouv.qc.ca.

L'information et la consultation de la population

Le CISSS des Laurentides s'est doté de plusieurs mécanismes et instances afin de recueillir les commentaires, suggestions et préoccupations de la population. Un comité régional des usagers a été créé pour assurer un accès privilégié à la Direction générale du CISSS pour les comités d'usagers locaux qui sont solidement implantés dans leur milieu respectif et accueillent les réactions de la population quant aux soins et services offerts.

Un représentant du comité régional siège au conseil d'administration de l'établissement. Le conseil d'administration a mis sur pied un comité de vigilance et de la qualité afin de s'assurer de la qualité et de la satisfaction de la population à l'égard des services offerts dans la région.

Plusieurs autres liens sont également faits auprès de la population, notamment par l'implication des dirigeants et par l'équipe de l'organisation communautaire qui entretient des relations serrées avec les différents organismes et les différentes instances de la communauté.

Le CISSS siège au sein des comités Laurentian English Services Advisory Network afin de recueillir les préoccupations des communautés anglophones de la région et soutenir les différentes initiatives visant à améliorer l'accès aux soins et aux services en langue anglaise.

Pour toute information, la population peut consulter le site Internet de l'établissement (www.santelaurentides.gouv.qc.ca) ou encore téléphoner ou se rendre dans l'une des installations du CISSS des Laurentides.

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

À la suite de l'adoption, le 10 décembre 2015, de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, le CISSS des Laurentides a mis en place, avec l'ensemble des partenaires, la structure du groupe interdisciplinaire de soutien et a élaboré la démarche et les outils nécessaires pour la mise en œuvre du programme de soins palliatifs et de fin de vie, de l'aide médicale à mourir ainsi que des directives médicales anticipées.

De façon transitoire, pour les deux premières années qui suivent l'entrée en vigueur de l'article 8 de la Loi, les premiers rapports du président-directeur général sont prévus aux six mois et doivent être transmis à la Commission sur les soins de fin de vie (art. 73).

Rapport du directeur général au Conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie* (Loi 2, Chapitre III, art. 8)

CISSS des Laurentides, exercice 2015-2016, du 10 décembre 2015 au 10 juin 2016

Le CISSS des Laurentides a rempli ses obligations au regard de l'application de la Loi 2 :

- Adoption et diffusion d'une politique sur les soins de fin de vie
- Adoption et diffusion d'un code d'éthique
- Adoption et diffusion d'un programme clinique de soins de fin de vie
- Adoption d'une procédure de transfert en lien avec l'AMM et outils sous-jacents
- Adoption de procédures et outils de consentement à la sédation palliative continue
- Adoption de protocoles cliniques en matière de sédation palliative continue
- Adoption de procédures et outils relativement au cheminement clinico-administratif d'une demande d'AMM et son traitement
- Adoption de protocoles cliniques d'AMM
- Adoption de procédures relativement aux directives médicales anticipées et l'accès au registre
- Formation d'un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS)
- Formation des intervenants concernés à la Loi, s'assurer de leur aptitude à appliquer les procédures et les protocoles, à faire vivre le programme clinique, le tout dans le respect de la politique de soins de fin de vie et du code d'éthique
- Information aux établissements privés de notre territoire des responsabilités mutuelles eu égard aux modalités de la Loi et leur rendre disponible les outils de soutien
- Addendum aux ententes avec les maisons de soins palliatifs

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie**	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée[1] pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016 Informations complementaires : Données manquantes pour l'installation d'Argenteuil - Source Gestred	325				NA
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hebergement et de soins de longue durée[7] pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016 Informations complementaires: Source Gestred		159			NA
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile[2] pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016 Informations complementaires: Source I-CLSC			1328		NA
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs[4] pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016 Informations complementaires : Source Gestred				352	NA
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	9				9
Aide medicale à mourir	Nombre de demandes d'aide medicale à mourir formulées	20				20
	Nombre d'aides medicales à mourir administrees	9				9
	Nombre d'aides medicales à mourir non administrees et les motifs • Décès de l'usager (2) - Ne reponds pas aux critères d'admissibilité (6) • Modification dans le choix de l'usager (1) • Usager opte pour la sédation palliative ou la sédation palliative continue (2)	11				11

Les ressources humaines

- Les ressources humaines de l'établissement
- La gestion et le contrôle des effectifs

Les resources humaines de l'établissement

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CISSS des Laurentides	1104-5283	735-00 /

Fonds d'exploitation-Activités principales — exercice terminé le 31 mars 2016 - NON AUDITÉE

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
Personnel cadre (en date du 31 mars):				
Temps complet, nombre de personnes (Note 1)	1	399		399
Temps partiel (Note 1):				
- Nombre de personnes	2	25		25
- Équivalents temps complet (note 4)	3	16,54	0,00	16,54
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	4	7		7
Personnel régulier (en date du 31 mars):				
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	5	5 529		5 529
Temps partiel (Note 2):				
- Nombre de personnes	6	3 561		3 561
- Équivalents temps complet (note 4)	7	2037,00	0,00	2 037,00
Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	8	11		11
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)				
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	9	5 335 115		5 335 115
Équivalents temps complet (Notes 3 et 4)	10	2882,43		2 882,43

Note 1: excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

Note 2: excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi

Note 3: les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile)

Note 4: pour les lignes L.03, L.07 et L.10, colonne 2, les chiffres de l'exercice précédent doivent être saisis par l'établissement, afin d'avoir les données avec les décimales

La gestion et le contrôle des effectifs

Dans le cadre du suivi de la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État*, le MSSS transmet à l'établissement le niveau annuel des heures rémunérées à respecter. Pour la période d'avril 2015 à mars 2016, le Secrétariat du Conseil du trésor a fixé une cible de réduction de 1 % par rapport au nombre total d'heures rémunérées d'avril 2014 à mars 2015.

Le nombre total d'heures rémunérées a diminué de 0,6 %. Le CISSS des Laurentides n'aurait donc pas atteint la cible de réduction de 1 %, selon le Ministère, pour la période 2015-2016.

Toutefois, les heures rémunérées cette année en provenance du Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Le Bouclier sont intégrées dans les données de Saint-Jérôme, ce qui n'était pas le cas l'année dernière. Ce changement explique la variation importante de professionnels cette année.

Les états financiers du CRDP Le Bouclier pour l'année 2014-2015 font état de 762 000 heures rémunérées. La région des Laurentides gère 52 % des activités du CRDP Le Bouclier pour un total de 396 000 heures rémunérées ou plus ou moins 30 400 heures par période de 28 jours.

L'intégration des employés du CRPD Le Bouclier dans le système informatique de Saint-Jérôme a été effectuée à la mi-décembre. Par conséquent, en calculant les heures rémunérées de la mi-décembre 2015 au 2 avril 2016 (112 jours), le résultat est de 95 300 heures rémunérées en provenance du CRDP Le Bouclier en 2015-2016.

Ce correctif ajuste les heures rémunérées de 2015-2016 à 19 543 598 heures pour une diminution de 1,12 %.

Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

		Comparaison entre 2014-2015 et 2015-2016				
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	881 179	1 237	882 416	486	573
	2015-16	786 138	1 435	787 573	434	530
	Variation	(10,8 %)	16,0 %	(10,7 %)	(10,8 %)	(7,5 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	2 364 457	9 237	2 373 694	1 315	1 700
	2015-16	2 446 201	9 053	2 455 254	1 360	1 863
	Variation	3,5 %	(2,0 %)	3,4 %	3,4 %	9,6 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	5 529 316	228 467	5 757 783	2 978	4 076
	2015-16	5 561 207	201 164	5 762 370	2 992	4 065
	Variation	0,6 %	(12,0 %)	0,1 %	0,5 %	(0,3 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	8 858 075	158 102	9 016 177	4 874	6 755
	2015-16	8 785 531	142 177	8 927 708	4 835	6 758
	Variation	(0,8 %)	(10,1 %)	(1,0 %)	(0,8 %)	0,0 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 688 408	15 272	1 703 679	861	1 328
	2015-16	1 653 725	18 832	1 672 557	843	1 287
	Variation	(2,1 %)	23,3 %	(1,8 %)	(2,1 %)	(3,1 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	32 263	57	32 321	18	123
	2015-16	33 371	65	33 437	18	142
	Variation	3,4 %	14,0 %	3,5 %	3,3 %	15,4 %
Total du personnel	2014-15	19 353 699	412 372	19 766 070	10 531	14 094
	2015-16	19 266 172	372 726	19 638 898	10 481	14 189
	Variation	(0,5 %)	(9,6 %)	(0,6 %)	(0,5 %)	0,7 %

Les ressources financières

- Les états financiers
- L'équilibre budgétaire
- Les contrats de service

Les états financiers

Le rapport de la direction

Les états financiers du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Jean-François Foisy
Président-directeur général

Bruno Cayer
Directeur des ressources financières

Raymond Chabot
Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornt
S.E.N.C.R.L.
Bureau 2000
Tour de la Banque Nationale
600, rue De La Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H3B 4L8

Téléphone : 514 878-2691
Télécopieur : 514 878-2127
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration du
Centre intégré de santé et services sociaux
des Laurentides

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et services sociaux des Laurentides pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2016 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre intégré de santé et services sociaux des Laurentides.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et services sociaux des Laurentides pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément

Member of Grant Thornton International Ltd

aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre intégré de santé et services sociaux des Laurentides pour l'exercice terminé le 31 mars 2016.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2016. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2016 et 2015 n'ont pas été déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré de santé et services sociaux des Laurentides au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

De plus, le rapport de l'auditeur sur les états financiers audités comporte un paragraphe d'autre point indiquant que, sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur le fait que les chiffres correspondants représentent le cumul, après élimination des opérations et soldes interétablissements, des chiffres présentés dans les états financiers audités de chacun des établissements existant avant la création du Centre intégré de santé et services sociaux des Laurentides et à partir desquels a été créé le du Centre intégré de santé et services sociaux des Laurentides. Nous n'avions pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.[1]

Montréal
Le 15 juin 2016

---

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A116823

Les états financiers

Les résultats financiers

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CISSS des Laurentides	1104-5283	200-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex courant (R de P358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (FI P408)	1	991 252 396	971 218 665	43 639 874	1 014 858 539	988 876 862
Subventions Gouvernement du Canada (FI P294)	2	58 053				279 875
Contributions des usagers	3	57 574 112	61 968 596	XXXX	61 968 596	57 381 805
Ventes de services et recouvrements	4	12 208 630	10 987 653	XXXX	10 987 653	12 819 635
Donations (FI P294)	5	2 364 257	134 968	2 099 253	2 234 221	2 571 850
Revenus de placement (FI P302)	6	126 398	215 816	11 427	227 243	332 909
Revenus de type commercial	7	8 443 781	5 980 221	409 702	6 389 923	6 226 910
Gain sur disposition (FI P302)	8	13 243		60 440	60 440	4 000
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI P302)	11	4 180 404	13 943 687	745 857	14 689 544	13 570 482
TOTAL (L 01 à L 11)	12	1 076 221 274	1 064 449 606	46 966 553	1 111 416 159	1 082 064 328
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	685 614 159	716 662 537	XXXX	716 662 537	692 030 916
Médicaments	14	29 127 531	29 254 128	XXXX	29 254 128	27 132 989
Produits sanguins	15	13 609 001	10 608 526	XXXX	10 608 526	9 960 410
Fournitures médicales et chirurgicales	16	39 703 005	41 331 931	XXXX	41 331 931	37 599 702
Denrées alimentaires	17	8 703 164	8 888 536	XXXX	8 888 536	8 621 640
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	87 479 984	88 297 099	XXXX	88 297 099	82 896 083
Frais financiers (FI P325)	19	12 787 431	1 321 272	10 723 540	12 044 812	14 188 750
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	15 734 634	15 535 280	3 415 708	18 950 988	15 435 946
Créances douteuses	21	1 564 037	1 491 601	XXXX	1 491 601	1 512 467
Loyers	22	16 367 339	17 069 695	XXXX	17 069 695	14 546 108
Amortissement des immobilisations (FI P422)	23	30 209 192	XXXX	30 749 286	30 749 286	30 351 613
Perte sur disposition d'immobilisations (FI P420, 421)	24		XXXX	162 335	162 335	1 265 639
Dépenses de transfert	25		35 890 871	XXXX	35 890 871	42 844 071
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI P325)	27	152 215 081	111 039 821	(209 992)	110 829 829	119 015 761
TOTAL (L 13 à L 27)	28	1 093 114 558	1 077 391 297	44 840 877	1 122 232 174	1 097 402 095
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L 12 - L 28)	29	(16 893 284)	(12 941 691)	2 125 676	(10 816 015)	(15 337 767)

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

Non audité

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	946 838 427	970 392 039	826 626	971 218 665	945 202 797
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	58 053				258 978
Contributions des usagers (P301)	3	57 574 112	61 968 596	XXXX	61 968 596	57 437 261
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	12 208 630	10 987 653	XXXX	10 987 653	16 277 374
Donations (C2:P290/C3:P291)	5	20 000	134 968		134 968	114 371
Revenus de placement (P302)	6	108 875	215 816		215 816	311 246
Revenus de type commercial (P351)	7	8 443 781	XXXX	5 980 221	5 980 221	6 231 162
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	3 966 921	2 184 786	11 758 901	13 943 687	13 923 046
TOTAL (L.01 à L.11)	12	1 029 218 799	1 045 883 858	18 565 748	1 064 449 606	1 039 756 235
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	685 614 159	707 697 909	8 964 628	716 662 537	691 944 588
Médicaments (P750)	14	29 127 531	29 254 128	XXXX	29 254 128	27 233 009
Produits sanguins	15	13 609 001	10 608 526	XXXX	10 608 526	9 960 410
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	39 703 005	41 331 931	XXXX	41 331 931	37 676 320
Denrées alimentaires	17	8 703 164	8 888 536	XXXX	8 888 536	8 621 640
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	87 479 984	88 297 099	XXXX	88 297 099	83 565 967
Frais financiers (P325)	19	2 310 714	1 321 272	XXXX	1 321 272	2 279 862
Entretien et réparations (P325)	20	10 853 044	15 535 280		15 535 280	9 820 858
Créances douteuses (C2:P301)	21	1 564 037	1 491 601		1 491 601	1 512 467
Loyers	22	16 367 339	17 069 695		17 069 695	14 805 580
Dépenses de transfert (P325)	23		35 890 871		35 890 871	
Autres charges (P325)	24	152 128 306	104 346 355	6 693 466	111 039 821	167 510 208
TOTAL (L.13 à L.24)	25	1 047 460 284	1 061 733 203	15 658 094	1 077 391 297	1 054 930 909
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(18 241 485)	(15 849 345)	2 907 654	(12 941 691)	(15 174 674)

Non audité

Tous les fonds | exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(115 075 394)	19 718 334	(95 357 060)	(80 019 293)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3	119 590		119 590	XXXX
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(114 955 804)	19 718 334	(95 237 470)	(80 019 293)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(12 941 691)	2 125 676	(10 816 015)	(15 337 767)
Autres variations:					
Transferts interétablissements (préciser)	6	1 620 727		1 620 727	
Transferts interfonds (préciser)	7	(487 124)	487 124	0	
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX		
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	1 133 603	487 124	1 620 727	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(126 763 892)	22 331 134	(104 432 758)	(95 357 060)
Constitués des éléments suivants:					
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX	161 000	161 000
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	2 514 226	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(107 107 984)	(95 518 060)
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(104 432 758)	(95 357 060)

Non audité

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

		FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
			1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS						
Encaisse (découvert bancaire)	1		4 938 340	3 150 891	8 089 231	26 118 926
Placements temporaires	2		256 153	145 322	401 475	857 795
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3		78 820 748	3 543 262	82 364 010	87 300 802
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4		15 930 528	2 625 030	18 555 558	12 193 666
Avances de fonds aux établissements publics	5		XXXX			212 025
Créances interfonds (dettes interfonds)	6		1 692 141	(1 692 141)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7		61 192 466	48 846 340	110 038 806	102 362 745
Placements de portefeuille	8					113 517
Frais reportés liés aux dettes	9		XXXX	1 057 336	1 057 336	1 100 092
	10		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12		2 912 165	505	2 912 670	3 172 007
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13		165 742 541	57 676 545	223 419 086	233 431 575
PASSIFS						
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		109 695 357	41 488 718	151 184 075	171 586 022
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15					
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16		100 861 345	4 824 066	105 685 411	102 232 428
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17		XXXX			502 662
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18			2 775 358	2 775 358	3 101 138
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19		10 591 065	15 460 260	26 051 325	26 050 765
	20		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21		XXXX	375 500 853	375 500 853	368 487 469
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22		XXXX	768 000	768 000	1 101 000
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23		84 022 606	XXXX	84 022 606	78 133 287
	24		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25		2 066 675		2 066 675	1 849 604
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26		307 237 048	440 817 255	748 054 303	753 044 375
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27		(141 494 507)	(383 140 710)	(524 635 217)	(519 612 800)
ACTIFS NON FINANCIERS						
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28		XXXX	405 180 061	405 180 061	405 659 546
Stocks de fournitures (FE: P360)	29		11 336 912	XXXX	11 336 912	10 095 018
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30		3 393 703	291 783	3 685 486	8 501 176
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31		14 730 615	405 471 844	420 202 459	424 255 740
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32			XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33		(126 763 892)	22 331 134	(104 432 758)	(95 357 060)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)
Colonne 2: Établissements publics seulement
Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro
Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

Non audité

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(483 656 655)	(133 484 665)	(386 128 135)	(519 612 800)	(494 431 496)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3		119 590		119 590	XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(483 656 655)	(133 365 075)	(386 128 135)	(519 493 210)	(494 431 496)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(16 893 284)	(12 941 691)	2 125 676	(10 816 015)	(15 337 767)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(5 849 246)	XXXX	(31 926 129)	(31 926 129)	(36 732 457)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	22 678 408	XXXX	30 749 286	30 749 286	30 351 613
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8	3 243	XXXX	101 895	101 895	1 261 639
Produits sur dispositions (FI:P208)	9	13 422	XXXX	60 440	60 440	9 808
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX	1 493 993	1 493 993	
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	16 845 827	XXXX	479 485	479 485	(5 109 397)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	(34 111 369)	(91 325 016)	XXXX	(91 325 016)	(39 248 434)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(3 326 660)	(3 393 703)	(291 783)	(3 685 486)	(3 291 960)
Utilisation de stocks de fournitures	17	39 163 996	90 083 122	XXXX	90 083 122	37 637 439
Utilisation de frais payés d'avance	18	3 230 027	8 314 253	186 923	8 501 176	168 815
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	4 955 994	3 678 656	(104 860)	3 573 796	(4 734 140)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		1 133 603	487 124	1 620 727	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	4 908 537	(8 129 432)	2 987 425	(5 142 007)	(25 181 304)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(478 748 118)	(141 494 507)	(383 140 710)	(524 635 217)	(519 612 800)

Non audité

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(10 816 015)	(15 337 767)
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		(8 903 447)
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	3 573 796	(4 734 140)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	101 895	1 261 639
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		33 485 845
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		(25 981 421)
- Autres	7	(2 099 253)	(331 609)
Amortissement des immobilisations	8	30 749 286	30 351 613
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		(62 529)
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	270 274	102 284
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		8 766 834
Subventions MSSS	12	(40 913 026)	(9 690 203)
Autres (préciser P297)	13	12 068 449	2 862 883
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	3 751 421	27 127 749
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	8 415 783	72 529 643
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	1 351 189	84 319 625
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(30 432 136)	(35 970 888)
Produits de disposition d'immobilisations	18	60 440	119 177
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(30 371 696)	(35 851 711)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20	456 320	335 081
Placements de portefeuille effectués	21		1 019 782
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		45 000
Placements de portefeuille réalisés	23	113 517	300 000
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	569 837	1 699 863

Non audité

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	31 678 739	39 287 037
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(855 816)	(39 747 772)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3		(3 311 943)
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	(18 196 840)	(41 182 837)
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	67 624 767	57 312 885
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(70 874 034)	(58 301 328)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7		(1 859 066)
Autres (préciser P297)	8	1 044 160	522 388
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	10 420 976	(47 280 636)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	(18 029 694)	2 887 141
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	26 118 925	21 132 464
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	8 089 231	24 019 605
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	13	8 089 231	26 118 926
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14		
TOTAL (L.13 + L.14)	15	8 089 231	26 118 926

Non audité

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - MSSS	1	5 915 430	52 475 399
Autres débiteurs	2	(4 453 015)	(7 434 214)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	(900 705)	(3 009 851)
Frais reportés liés aux dettes	4	(227 518)	1 174 491
Autres éléments d'actifs	5	259 337	33 275 287
Créditeurs - MSSS	6		(25 981 421)
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	311 518	9 264 461
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	8	(290 637)	8 311 315
Intérêts courus à payer	9	(71 830)	1 960
Revenus reportés	10	2 099 813	929 825
Passif au titre des sites contaminés	11	(333 000)	8 778 128
Passif au titre des avantages sociaux futurs	12	5 889 319	4 510 471
Autres éléments de passifs	13	217 071	3 789 367
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	8 415 783	86 085 218
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	(1 230 829)	(3 218 990)
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	17	(40 913 026)	(602 495)
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18		205 217
Intérêts encaissés (revenus)	19	227 243	274 061
Intérêts débiteurs (dépenses)	20		5 399 845
Intérêts déboursés (dépenses)	21	1 446 408	6 188 378

Non audité

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Note 1.- Constitution et mission

Le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (ci-après l'«établissement ») est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2). Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire des Laurentides en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

À la suite de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2), le 1er avril 2015, l'établissement est issu de la fusion :

- de l'Agence de santé et services sociaux des Laurentides;
- du Centre de réadaptation en dépendance des Laurentides;
- du Centre du Florès;
- du Centre jeunesse des Laurentides;
- du Centre de santé et de services sociaux d'Antoine Labelle;
- du Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil;
- du Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme;
- du Centre de santé et services sociaux de Thérèse-de Blainville;
- du Centre de santé et de services sociaux des Pays-d'en-Haut;
- du Centre de santé et de services sociaux des Sommets;
- du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux Montagnes;
- de la Résidence de Lachute.

L'établissement jouit de tous leurs droits, a acquis tous leurs biens, assume toutes leurs obligations et poursuit toutes leurs procédures sans reprise d'instance. Par conséquent, tous leurs actifs et passifs, ainsi que tous leurs droits et obligations qui s'y rattachaient, ont été regroupés à leur valeur comptable dans les présents états financiers. Les données comparatives au 31 mars 2015 représentent le cumul de leurs activités, après élimination des opérations entre les entités fusionnées. Même si la présentation des données comparatives n'est pas requise lors d'une fusion d'entités, celles-ci ont néanmoins été présentées à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après le "MSSS"), à l'exception de celles des pages 650, 660, 320 et 351 du rapport financier annuel AS-471. Cependant, elles n'ont pas été auditées.

Également, au 1er avril 2016, l'établissement a intégré une partie du budget du Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier. Les services offerts sur le territoire des Laurentides dont dorénavant inclus

dans l'établissement.

Le siège social de l'établissement est situé au 290 rue de Montigny, Saint-Jérôme, Québec, J7Z 5T3. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région des Laurentides.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

Note 2. - Principales méthodes comptables

Référentiel comptable

Le présent rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, en tenant compte des particularités édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et prescrites par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2). Conséquemment les immeubles loués auprès de la Société québécoise d'infrastructure (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada, Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier AS-471 exige que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et charges de l'exercice ainsi que sur la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers. Les résultats réels peuvent différer de ces estimations.

État des gains et pertes de réévaluation

Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'inclut pas l'état des gains et pertes de réévaluation dans le format du rapport financier annuel AS-471 qu'il prescrit en vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 de cette même Loi.

Néanmoins, l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères. La présentation de cet état financier n'est donc pas requise.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières

Biens en fiducie

La description des biens détenus en fiducie gérés par l'établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et lorsque l'établissement bénéficiaire a respecté tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont satisfaites.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement votés annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts (RLRQ chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées à titre de revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé, si celle-ci prévoit les fins auxquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Instruments financiers

Les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués à la juste valeur.

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement à l'exception des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif et des instruments financiers dérivés.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalent de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

Passifs au titre des sites contaminés

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées :

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse;

- L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il en accepte la responsabilité;

- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés;

- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT) pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2015-2016. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Pour les terrains contaminés non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement comptabilise un passif au titre des sites contaminés, ainsi qu'une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, après avoir préalablement obtenu l'autorisation de celui-ci.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

Passif au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance salaire ainsi que des congés de maladie, des vacances cumulées. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations de rétention des hors-cadres.

i. Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'aide de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier des trois dernières années. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, les obligations sont alors estimées à l'aide de la méthode basée sur des données plus globales, pour laquelle la dépense totale en assurance salaire des années futures est projetée à partir des dépenses des trois années financières les plus récentes. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2016 et des taux horaires prévus en 2016-2017. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 selon les taux horaires prévus en 2016-2017. Ces obligations ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Les principales hypothèses utilisées sont les suivantes:

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances		
Taux moyen de croissance de la rémunération	1 %	0 %
Inflation	1.5 %	1.5 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9.43 %	9.43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8.65 %	8.65 %

iv. Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu du fait que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont prises en charge par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

v. Droit parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2016 et la rémunération versée pour l'exercice 2016-2017, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2017. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition, avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrains qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	**Durée**
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipement spécialisé	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant la fin de l'exercice financier pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stocks de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, au passif au titre des sites contaminés, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs.

Revenues d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Prêts interfonds

Les prêts entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux déficits cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement fournit, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des

services sociaux.

- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commerci Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principal accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regrou des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux servi fournis par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un c ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services. de consommation.

Note 3. - Maintien de l'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière. Cette exig légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisation.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 3 mars 2016, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Note 4. - Données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation de la dette nette de pages 200 et 206 respectivement, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisation sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations relativement au fonds d'exploitation et au fonds d'immobilisation.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 22 juin 2

Il n'y a pas eu d'éléments significatifs qui ont eu pour effet de modifier, de façon importante, le budget initialement adopté.

Note 5. - Instruments financiers

L'évaluation à la juste valeur est sans effet important sur les données financières. Par conséquent, l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas présenté.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que les normes comptables canadiennes pour le secteur public préconisent l'application de la méthode du taux effectif.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux d'intérêt effectif n'a pas d'impact important sur les résultats des activités et sur la situation financière.

Note 6. - Autres débiteurs

La nature des autres débiteurs est précisée à la page 630-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 7. - Placements de portefeuille

La nature des placements de portefeuille, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, les dates d'échéance, les taux de rendement effectif minimum et maximum, les provisions pour moins-values et l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632-00 à 632-02 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement ne détient aucun placement de portefeuille de parties apparentées.

Note 8. - Autres éléments d'actifs

La nature des autres éléments d'actifs est précisée aux pages 360-00 et 400-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 9. - Emprunts temporaires

La nature des emprunts temporaires contractés auprès de parties apparentées, y compris le taux d'intérêt moyen pondéré sont présentés à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

Le montant de 22 394 902 $ est constitué de billets au pair, dont les conditions telles que le maximum autorisé, le taux d'intérêt, l'échéance, le mode de remboursement et le renouvellement sont inconnues de notre part et décrétées directement par le Fonds de financement et la Société québécoise des infrastructures et prises en charge par ceux-ci.

Le montant de 19 093 816 $ est constitué d'acceptations bancaires dont le maximum autorisé est 89 866 124 $ et le taux d'intérêt applicable est le taux des acceptations bancaires canadiennes + 0.30 % tel qu'autorisé par le MSSS. Ces acceptations bancaires sont renouvelables mensuellement et aux 6 mois. Celles-ci sont converties en billets au pair.

Le montant de 109 695 357 $ est constitué de marges de crédit dont le maximum autorisé est 132 500 000 $ et le taux d'intéret applicable est le taux préférentiel moins 1 %, tel qu'autorisé par le MSSS. Ces marges de crédit répondent au besoin de liquidités du fonds d'exploitation qui est constant et fluctue dans le temps.

Note 10. - Autres créditeurs

La nature des autres créditeurs est précisée à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 11. - Dettes à long terme

	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement pour un montant total de 197 562 323 $, à un taux variant de 1.141 % à 4.020 %, garanti par le gouvernement, remboursables par versement annuel de 12 648 547 $, échéant entre 2016 et 2039.	183 131 094 $	158 168 109 $
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 243 481 347 $, à un taux variant de 1.890 % à 9.820 %, garantie par le gouvernement, remboursables par versement annuel de 14 087 204 $, échéant entre 2016 et 2038.	189 240 492 $	206 204 028 $
Obligations découlant de contrats de location-acquisition n'ayant aucun intérêt applicable	45 000 $	180 000 $

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunt hypothécaire à un taux de 1.50 %	202 818 $	350 645 $
Emprunts bancaires autres que des emprunts hypothécaires à un taux variant de 2.00 % à 3.87 %	2 881 449 $	3 584 687 $
Total	375 500 853 $	368 487 469 $

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2016, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	$
2016-2017	87 413 398 $
2017-2018	59 745 935 $
2018-2019	120 889 656 $
2019-2020	15 623 358 $
2020-2021	6 255 787 $
2021-2022 et subséquents	85 572 719 $
Total	375 500 853 $

Note 12. - Passif au titre des sites contaminés

L'établissement est responsable de décontaminer des terrains faisant ou ne faisant pas l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite de :

a) Premier terrain : Une fuite d'un réservoir d'huile.

b) Deuxième terrain : des fuites de soufre et de métaux dans le sol engendrées par une ancienne chaufferie.

L'établissement n'a comptabilisé aucun passif au titre des sites contaminés au 31 mars 2016 pour ces deux terrains; l'information nécessaire pour ce faire n'étant pas disponible, le montant n'a pu être estimé raisonnablement.

c) Troisième terrain : un ancien réservoir de 22 500L de mazout lourd qui aurait fui;

d) Quatrième terrain : un réservoir souterrain désaffecté de mazout léger a fui.

À cet égard, un montant de 768 000 $ (493 500 $ troisième terrain et 274 500 $ quatrième terrain) a été comptabilisé à titre de passifs au titre des sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2016 (826 500 $ et 304 500 $ respectivement au 31 mars 2015). Ce montant est basé sur des études de caractérisation préliminaire et des études de caractérisation. L'établissement a également constaté du même montant une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux pour le financement du coût des travaux.

Au cours du présent exercice, l'établissement n'a effectué aucun travail de réhabilitation. Il prévoit réaliser des travaux de 768 000 $ au cours du prochain exercice.

Note 13. - Autres éléments de passifs

La nature des autres éléments de passifs est précisée aux pages 361-00 et 401-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 14. - Immobilisations corporelles

Les informations détaillées sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, les immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé, la valeur comptable nette par catégorie sont présentées aux pages 420-00 à 423-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 15. - Affectations

La nature des affectations d'origines interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289-00 et 289-01 du rapport financier annuel AS-471.

Note 16. - Informations relatives à l'état des flux de trésorerie

Les informations relatives à l'état des flux de trésorerie sont présentées aux pages 208-01 et 208-02 du rapport financier AS-471.

Note 17. - Gestion des risques associés aux instruments financiers

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risque de crédit

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2016, ces actifs financiers étaient investis dans des certificats de dépôts garantis. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir – réforme comptable est faible, puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les quelques jours suivant la fin de l'exercice.

Le risque de crédit associé aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CNESST et du gouvernement du Canada.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de recouvrement. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, sur l'historique de paiement, sur la situation financière du débiteur et sur l'antériorité de la créance. Au 31 mars 2016, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 86 % du montant total recouvrable (81 % au 31 mars 2015).

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'il éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers. L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs – MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des ouvertures de crédit sans échéance prédéterminé. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime, puisqu'elles sont prises en charge par le MSSS. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin de

l'exercice.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	41 488 718 $	44 737 985 $
Dettes à long terme	375 500 853 $	368 487 469 $

Du montant des emprunts temporaires totalisant 41 488 718$, un montant de 19 093 816$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0.30%, alors que d'autres représentant 22 394 902$ portent intérêt au taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant de la dette à long terme totalisant 375 500 853$, un montant de 1 625 033$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 373 875 820 $, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. De ce montant, un montant de 370 746 553 $ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 3 129 267 $ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

L'établissement a un intérêt économique dans plusieurs organismes sans but lucratif. Pris globalement, les soldes et opérations avec ces apparentés ne sont pas significatifs eu égard aux états financiers de l'établissement.

Note 18. - Opérations entre apparentés (nature, montant, méthode)

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques et les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le

cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a un intérêt économique dans plusieurs organismes sans but lucratif. Pris globalement, les soldes et opérations avec ces apparentés ne sont pas significatifs eu égard aux états financiers de l'établissement.

Note 19. - Événements postérieurs à la date des états financiers

Aucun événement postérieur à la date des états financiers n'a été identifié.

Fondations
Subventions reçues 2015-2016

Équipements	Montant
Travaux et achat tomodensitomètre (Antoine-Labelle)	713 393 $
Tomodensitomètre (Argenteuil)	300 000 $
Échographe abdominal	180 043 $
Échographe cardiaque	148 402 $
Lits électriques et lève patients	122 197 $
Travaux pédiatrie (Saint-Jérôme)	116 031 $
Aménagement de la cour arrière au CHSLD Hubert Maisonneuve	100 000 $
Système de radiofluoroscopie	100 000 $
Analyseur de réplicateur	92 107 $
Travaux clinique de services intégrés de première ligne (Argenteuil)	71 032 $
Équipements en ophtalmologie	57 362 $
Graveur d'instruments chirurgicaux	43 863 $
Travaux Centre mère-enfant (Saint-Jérôme)	28 130 $
Système de périmètre automatique	26 369 $
Fauteuils roulants	18 598 $
Matelas	16 900 $
Laveuse pour fauteuils roulants	16 646 $
Divers équipements médicaux (moins de 15 000 $)	108 398 $
Total	**2 259 471 $**

Répartition des charges brutes par programme-services
Section non auditée
Exercice 2015-2016

Programme	Montant total
Administration	68 394 706 $
Déficience intellectuelle et TSA	54 215 426 $
Déficience physique	34 920 347 $
Dépendances	4 299 349 $
Gestion des bâtiments et des équipements	62 901 600 $
Jeunes en difficulté	80 822 479 $
Santé mentale	63 515 561 $
Santé physique	385 597 589 $
Santé publique	14 810 302 $
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	38 883 351 $
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	177 227 576 $
Soutien aux services	76 144 917 $
TOTAL des Charges brutes	**1 061 733 203 $**

L'équilibre budgétaire

Au cours de l'exercice financier 2015-2016, le CISSS des Laurentides s'est engagé fermement sur la route de l'équilibre financier. Cependant, l'héritage d'un déficit récurrent de 18 M$, auquel s'ajoutaient des compressions de 22,5 M$ et une non-indexation des dépenses estimée à 6 M$ (total des efforts de redressement de 46,5 M$), compromettait de façon importante la capacité d'atteindre l'équilibre budgétaire en 2015-2016.

Pour l'exercice financier 2015-2016, le CISSS des Laurentides n'a pas respecté l'obligation légale de maintenir l'équilibre entre ses charges et ses revenus pour le fonds d'exploitation. Le déficit au fonds d'exploitation est de 12 941 691 $, soit 5 299 794 $ inférieur aux projections initiales du budget détaillé (RR-446) adopté en juin 2015.

Pour l'exercice financier 2016-2017, le CISSS des Laurentides déposera un budget équilibré.

Les contrats de service

Tel que prescrit par la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs* (LGCE), le CISSS des Laurentides doit faire état de l'application des dispositions relatives aux contrats de service dans son rapport annuel de gestion. Un contrat de service ne peut être conclu si celui-ci a pour effet d'éluder les mesures de contrôle relatives aux effectifs énoncées dans la LGCE. Aussi, tous les contrats de service doivent être autorisés par le dirigeant de l'organisme. Les fiches d'autorisation du dirigeant pour les contrats au-delà des seuils permis par la Loi doivent être transmises au Secrétariat du Conseil du trésor dans les 30 jours.

Contrats de service, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique[1]	0	0 $
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	30	3 571 964,78 $
Total des contrats de service	**30**	**3 571 964,78 $**

[1] Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.
[2] Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Année 20XX-XX		**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2016**		
		3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
DS L'unité "le mètre carré" de l'hygiène et salubrité (7644) n'a pas été calculée adéquatement	2008-09	R,O		X		
DS L'unité le "mètre cube" du fonctionnement des installations(7703) n'a pas été calculée adéquatement	2010-11	R,O		X		
DS L'unité " le mètre carré" de l'entretien du parc immobilier (7801) n'a pas été calculée adéquatement	2011-12	R,O		X		
CJ L'unité de mesure "la procédure du centre d'activité 5850-Contentieux n'est pas calculée selon la définition du manuel de gestion financière	2013-14	C		X		
CJ L'unité de mesure "Jour présence " du centre d'activité5501-Unitéde vie pour les jeunes-garde ouverte n'est pas calculée selon la définition du manuel de gestion financière.	2014-15	C		X		
BO L'unité de mesure A-heures de prestation de service dans le centre d'activité 8002-Évaluation, expertise et orientation DP, n'a pas été compilée.	2012-13	R	Information est non disponible , fera l'objet d'une révision en 2016-2017			X
BO L'unité de mesure "le mètre carré" du centre d'activité 7644 n'est pas	2012-13	R		X		

compilée selon les directives du Manuel de gestion financière.						
BO L'unité de mesure " le mète cube" du centre d'activité 7703 Fonctionnement des installations autres, n'a pas été compilée	2013-14	R		X		
ARG Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure "procédure" du SC/A 6607 Laboratoire regroupé ne sont pas valables.	2011-12	C		X		
CISSS Les unités de mesure "l'unité technique provinciale" et "l'usager " pour les centres d'activités 6350-Inhalothérapie et 6352-Inhalothérapie Autres n'ont pas entièrement été compilées au cours de la période financière en raison de moyens de pression , ils ont été estimées pour ces périodes.	2015-16	R				X
Les établissements du CISSS des Laurentides doivent compiler l'unité de mesure "usagers distincts". Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activité.	2015-16	R				X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
DS Il n'existe aucune politique écrite relative aux créances douteuses	2009-10	C,O	Une politique est à venir suite à la révision de processus des revenus autres.			X
AL Rémunération versée aux 2 médecins assumant le poste de DSP a été inférieur à celle prévue à la circulaire 2012-016	2013-2014	C,O	Réglé suite à l'application de la loi 10	X		
Rapport à la gouvernance						
DS Pas de politique écrite écrites sur les procédures d'approbation de paiement des factures d'achat	2008-09	O	Une politique d'approvisionnement a été émise et une politique sur les délégations de signatures des contrats et autres documents financiers	X		
DS Piste d'approbation des annulations des factures de ventes manquantes	2011-12	O	Une politique est à venir suite à la révision des processus des revenus autres.			X
DS et SJE La direction n'a pas	2009-10	O	L'établissement est conscient des			X

procédé à une évaluation globale des risques de fraude			risques reliés à la fusion . L'exercice 2015-2016 offrait peu d'opportunités de réduire les risques étant donné le nombre de systèmes comptables et la réorganisation administrative. Au cours de l'exercice 2016-2017 nous débuterons la révision des processus globaux et ainsi nous serons en mesure d'évaluer les risques.			
DS Aucun manuel de procédures pour le département des finances	2011-12	O	Fera l'objet de suivi en 2016-2017 à partir des manuels des anciens établissements			X
DS Le Conseil d'administration n'a pas adopté un règlement sur l'exclusivité de fonctions des cadres supérieur.	2012-13	O	Une politique a été adoptée par le conseil d'administration	X		
DS Le rapport annuel de gestion n'a pas été transmis à l'agence et au MSSS dans les délais prescrits	2012-13	O	Le Rapport annuel de gestion du CISSS sera remis dans les délais	X		
DS Recherche de nouvelle source de financement pour des acquisitions d'équipements informatiques qui ne seront vraisemblablement pas financés par la fondation mécidale	2013-14	O	Le financement provient dans la réserve de maintien d'actifs du CISSS des Laurentides.	X		
FLO C/A 8053- On ne retrouve pas systématiquement de notes d'évolution au SIPAD pour certaiens HPS (cas isolés)	2012	O		X		
STJ Il n'existe pas de processus anonyme reconnu qui permet au comité de vérification de recueillir et d'évaluer les préoccupations des employés concernant les pratiques douteuses ou les plaintes sur la comptabilisation et l'information financière	2009-10	C	Nous ne prévoyons pas mettre en place de processus anonyme considérant qu'il existe d'autres instances de dénonciation tel que le commissariat aux plaintes, le conseil du trésor et l'UPAC.			X
STJ Nous avons constaté que la compilation des unités de mesures au niveau des CLSC ainsi que dans plusieurs secteurs de l'établissement présentaient des lacunes(erreurs de compilation, changements de dernière minute), qui ont toutefois été corrigées en fin d'année.	2011-12	C,O		X		
AL Rapport sur la compilation des unités de mesures non revisé par des	2013-14	O		X		

chefs de services et comportant des erreurs d'addition et d'extension						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Paiements de transfert devant être versés par le MSSS à l'établissement relatif à des immobilisations acquises au 31 mars, non comptabilisés à l'état des résultats et à l'état de la situation financière	2013-14	R	Aucune réserve ne sera exprimée considérant les divergeance d'opinion entre les différentes instances gouvernementales et les cabinets comptables			X
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructure sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors que selon la note d'orienttation concernant la comptabilité NOSP-2 "Immobilisations corporelles louées" du Manuel de comptabilié de CPA Canada pour le secteur public il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2011-12	R	Aucune mesure n'a été prise nous sommes en attente du MSSS			X
Non respect de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire.	2000-01	R				X

Les organismes communautaires

Les organismes communautaires

Le CISSS des Laurentides a le mandat d'assurer le suivi de la gestion des subventions allouées dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Il veille à ce que les organismes répondent aux critères du programme édictés par le MSSS et par le cadre de référence régional.

Le CISSS exige une reddition de comptes annuelle qui comprend, entre autres, le rapport financier et le rapport d'activité. Advenant le non-respect des critères énoncés par le PSOC, le CISSS effectue une vérification auprès de l'organisme afin d'assurer une saine gestion des fonds publics. Le cas échéant, cette vérification pourrait aboutir à des recommandations adressées à l'organisme, à une enquête ou à des sanctions de nature administratives. Les organismes ont, quant à eux, la responsabilité de faire la démonstration du respect des règles et normes, liées à leur mode de financement, dans leur reddition de comptes annuelle.

Subventions versées aux organismes communautaires
Année financière 2015-2016

	Versement total 2014-2015	Versement total 2015-2016
Catégorie A - ALCOOLISME / TOXICOMANIE ET AUTRES DÉPENDANCES		
Groupe JAD	84 281 $	85 124 $
L'Unité Toxi des Trois-Vallées	29 511 $	30 706 $
Maison Lyse-Beauchamp	224 298 $	216 442 $
Regroupement en toxicomanie Prisme	169 043 $	170 733 $
Sablier	106 496 $	109 061 $
Tangage des Laurentides	95 711 $	96 668 $
Unité Domrémy de Ste-Thérèse inc.	179 549 $	181 344 $
SOUS-TOTAL - Catégorie A	888 889 $	890 078 $
Catégorie B - CONTRACEPTION, ALLAITEMENT, PÉRINATALITÉ, FAMILLE		
6e Jour Inc.	179 561 $	185 941 $
Grands-Parents Tendresse	72 581 $	73 238 $
La Maison de la famille de Bois-des-Filion	10 890 $	10 890 $
La Maison de la famille des Pays-d'en-Haut	989 $	- $
La Maison de la famille du Nord	- $	1 075 $
La Petite Maison de Pointe-Calumet	989 $	1 075 $
La Maison de la famille de Ste-Anne-des-Plaines	989 $	1 075 $
Maison Parenfant des Basses-Laurentides inc.	1 977 $	- $
Maison Pause-Parent	5 607 $	5 781 $
Naissance-Renaissance des Hautes-Laurentides	157 674 $	163 920 $
Nourri-Source - Laurentides	57 230 $	57 802 $
SOUS-TOTAL - Catégorie B	488 487 $	500 797 $
Catégorie C - DÉFICIENCE PHYSIQUE		
Association de la fibromyalgie des Laurentides	146 908 $	148 377 $
Association des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	24 952 $	25 202 $
Association des personnes avec des problèmes auditifs des Laurentides	270 834 $	273 542 $
Association des personnes handicapées Clair-Soleil	77 776 $	78 554 $
Association des personnes handicapées de la Rivière du Chêne	23 896 $	24 135 $
Dysphasie Laurentides	146 908 $	148 377 $
Centre d'Aide Personnes Traumatisées Crâniennes et Handicapées Physiques Laurentides	265 634 $	273 290 $
Groupe relève pour personnes aphasiques Laurentides	192 454 $	194 379 $
La Maison des parents d'enfants handicapés des Laurentides	58 730 $	59 317 $
Regroupement des handicapés visuels des Laurentides	146 909 $	148 378 $
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier	50 009 $	50 509 $
Service Régional d'Interprétariat de Lanaudière (SRIL)	133 511 $	134 846 $
Société canadienne de la sclérose en plaques Section Laurentides	47 375 $	47 829 $
SOUS-TOTAL - Catégorie C	1 585 896 $	1 606 735 $
Catégorie D - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE		
Acco-Loisirs inc.	128 515 $	129 800 $
Association des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	40 069 $	40 470 $
Association des personnes handicapées Clair-Soleil	93 594 $	96 610 $
Association des personnes handicapées intellectuelles des Laurentides (APHIL)	126 038 $	127 299 $
Atelier Altitude inc.	169 286 $	170 979 $
La Libellule, pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et leurs proches	273 486 $	350 763 $
Les Papillons de Nominingue inc.	118 245 $	117 140 $
La Maison des parents d'enfants handicapés des Laurentides	101 013 $	106 914 $
Parrainage civique Basses-Laurentides	63 023 $	66 222 $
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier	64 689 $	67 236 $
Société de l'autisme S.A.R. Laurentides	218 551 $	225 737 $
SOUS-TOTAL - Catégorie D	1 396 509 $	1 499 170 $

	Versement total 2014-2015	Versement total 2015-2016
Catégorie G - SANTÉ MENTALE		
Alternatives Laurentides	7 842 $	7 920 $
Association Laurentienne des proches de la personne atteinte de maladie mentale inc.	246 309 $	251 922 $
Association Panda Thérèse-De Blainville et des Laurentides	151 946 $	153 465 $
Atelier "Ensemble on se tient"	243 164 $	245 523 $
C.E.S.A.M.E. centre pour l'enfance en santé mentale Deux-Montagnes	166 128 $	167 789 $
Centre aux sources d'Argenteuil	191 725 $	193 642 $
Centre prévention suicide Le Faubourg	582 831 $	587 350 $
Droits et recours Laurentides	210 236 $	212 338 $
Groupe La Licorne MRC Thérèse-De Blainville	256 910 $	259 479 $
L'Arc-en-Soi, centre de prévention et d'intervention en santé mentale	224 225 $	226 467 $
Le Groupe Harfang des Neiges des Laurentides	283 526 $	286 361 $
L'Échelon des Pays-d'en-Haut	169 000 $	172 042 $
L'Envolée, ressource alternative en santé mentale	160 706 $	162 313 $
Maison Clothilde	157 021 $	158 591 $
Panda Basses-Laurentides sud-ouest	150 682 $	152 189 $
SOUS-TOTAL - Catégorie G	3 202 251 $	3 237 391 $
Catégorie H - CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE (CAB)		
L'Action bénévole de la Rouge	40 349 $	40 752 $
Centre d'action bénévole d'Argenteuil	45 129 $	45 580 $
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger inc.	58 288 $	58 835 $
Centre d'action bénévole Saint-Jérôme inc.	46 741 $	47 208 $
Entraide bénévole des Pays-d'en-Haut inc.	249 729 $	250 229 $
SOUS-TOTAL - Catégorie H	440 236 $	442 604 $
Catégorie J - PERSONNES AGÉES		
Atelier des Aînés de la M.R.C. Rivière-du-Nord	36 251 $	36 614 $
Maison Aloïs Alzheimer des Laurentides	214 488 $	216 633 $
Mouvement d'entraide de Bellefeuille (M.E.B.)	118 574 $	119 705 $
SOUS-TOTAL - Catégorie J	369 313 $	372 952 $
Catégorie L - PERSONNES DÉMUNIES		
Café communautaire L'Entre-gens de Sainte-Adèle, Comté Rousseau	104 549 $	82 287 $
Amie du quartier	112 161 $	119 484 $
Centre communautaire Ferme-Neuve	59 066 $	59 612 $
Centre de la famille du Grand Saint-Jérôme	157 687 $	159 264 $
Centre d'entraide d'Argenteuil	188 079 $	189 164 $
Centre d'entraide Racine-Lavoie	169 848 $	174 582 $
Centre d'entraide Thérèse-De Blainville	108 526 $	109 611 $
Comité d'aide alimentaire des Patriotes	50 128 $	52 086 $
Comptoir d'entraide de Labelle	22 214 $	22 436 $
Garde Manger des Pays-d'en-Haut/Partage Amitié	62 698 $	63 247 $
La rencontre de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson	58 689 $	62 156 $
La Maison d'entraide de Prévost	18 213 $	18 395 $
L'Écluse des Laurentides	224 782 $	230 030 $
Manne du jour	84 269 $	86 975 $
Moisson Laurentides	163 220 $	183 167 $
Ressources communautaires Sophie	24 500 $	12 625 $
Resto Pop Thérèse-De Blainville	49 046 $	40 967 $
Soupe et Compagnie des Pays-d'en-Haut	57 089 $	55 337 $
SOUS-TOTAL - Catégorie L	1 714 764 $	1 721 425 $

	Versement total 2014-2015	Versement total 2015-2016
Catégorie N - ASSISTANCE ET ACCOMPAGNEMENT ET CENTRES D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE		
4 Korners Family Resource Center	68 156 $	58 113 $
SOUS-TOTAL - Catégorie N	68 156 $	58 113 $
Catégorie O - VIH - SIDA		
Centre Sida Amitié	311 719 $	278 047 $
SOUS-TOTAL - Catégorie O	311 719 $	278 047 $
Catégorie Q - CONCERTATION ET CONSULTATION GÉNÉRALE		
Regroupement des organismes communautaires des Laurentides	198 496 $	200 481 $
SOUS-TOTAL - Catégorie Q	198 496 $	200 481 $
Catégorie R - MAINTIEN À DOMICILE		
L'Action bénévole de la Rouge	133 948 $	135 153 $
Association des abeilles actives de Notre-Dame-du-Laus	18 298 $	19 105 $
Centre d'action bénévole d'Argenteuil	265 338 $	267 825 $
Centre d'action bénévole Laurentides	262 994 $	260 224 $
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger inc.	192 723 $	194 402 $
Centre d'action bénévole les artisans de l'aide	304 213 $	307 117 $
Centre d'action bénévole Solange-Beauchamp inc.	309 997 $	312 959 $
Centre d'aide et de références de Sainte-Anne-des-Plaines	121 125 $	122 256 $
Centre d'action bénévole Saint-Jérôme inc.	251 300 $	258 715 $
Comité de bénévolat de Sainte-Anne-du-Lac	18 989 $	19 165 $
Comité de bénévolat pour s'entraider de Ferme-Neuve	19 278 $	19 455 $
Les Joyeux aînés macaziens	18 556 $	18 732 $
Société Alzheimer Laurentides	381 601 $	385 297 $
SOUS-TOTAL - Catégorie R	2 298 360 $	2 320 405 $
Catégorie S - MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VIOLENTÉES OU EN DIFFICULTÉ		
La Citad'Elle de Lachute	732 109 $	739 430 $
Maison d'Accueil Le Mitan inc.	737 445 $	746 644 $
La Maison d'Ariane	748 530 $	756 015 $
L'Ombre-Elle, Maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale	735 779 $	743 137 $
Passe-R-Elle des Hautes-Laurentides	712 869 $	719 998 $
SOUS-TOTAL - Catégorie S	3 666 732 $	3 705 224 $
Catégorie T - CENTRES DE FEMMES		
Le Carrefour des femmes du Grand Lachute	224 575 $	226 975 $
Le Centre de femmes Les Unes et les Autres inc.	194 978 $	196 928 $
Centre de femmes Liber'Elles	44 583 $	46 604 $
Centre Rayons de femmes Thérèse-De Blainville	194 978 $	196 928 $
La Colombe	209 489 $	200 928 $
La Mouvance centre de femmes	194 978 $	196 928 $
Signée femmes - Le centre de femmes	197 068 $	200 558 $
SOUS-TOTAL - Catégorie T	1 260 649 $	1 265 849 $
Catégorie V - CENTRE D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)		
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Laurentides	465 518 $	470 123 $
L'Élan, centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	292 992 $	295 922 $
SOUS-TOTAL - Catégorie V	758 510 $	766 045 $
Catégorie W - AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL		
Centre d'entraide et de traitement des agressions sexuelles (CETAS)	273 873 $	281 418 $
SOUS-TOTAL - Catégorie W	273 873 $	281 418 $

	Versement total 2014-2015	Versement total 2015-2016
Catégorie X - AUTRES RESSOURCES POUR HOMMES		
A.C.C.R.O.C. Accueil collectif des conjoints en relation opprimante et colérique	227 234 $	229 506 $
Paix programme d'aide et d'intervention inc.	179 185 $	170 877 $
SOUS-TOTAL - Catégories X	406 419 $	400 383 $
Catégorie Z - ORGANISMES DE JUSTICE ALTERNATIVE		
Mesures alternatives des Basses-Laurentides	447 708 $	452 185 $
Mesures alternatives des Vallées du Nord	466 152 $	470 813 $
SOUS-TOTAL - Catégorie Z	913 860 $	922 998 $
Catégorie 1 - MAISONS DE JEUNES		
Association des maisons de jeunes de Mirabel	99 673 $	100 670 $
Maison des jeunes de Mont-Laurier	130 764 $	132 072 $
Carrefour Jeunesse Desjardins	109 256 $	110 349 $
La Maison des jeunes de Blainville inc.	107 676 $	113 753 $
La Maison des jeunes de Grenville et agglomération	99 549 $	100 544 $
La Maison des jeunes de Labelle	99 549 $	100 544 $
La Maison des jeunes d'Oka	99 549 $	100 544 $
L'Avenue 12-17	99 673 $	100 670 $
Univers Jeunesse Argenteuil	148 743 $	150 230 $
Maison des jeunes de Brownsburg-Chatham	99 549 $	102 974 $
Maison des jeunes de Deux-Montagnes	107 345 $	108 418 $
Maison des jeunes de la Minerve	59 585 $	62 077 $
Maison des jeunes de la Vallée de la Rouge inc.	120 028 $	121 228 $
La Maison des jeunes de Pointe-Calumet inc.	99 549 $	100 544 $
La Maison des jeunes de Sainte-Agathe	107 735 $	108 812 $
Maison des jeunes Sainte-Anne-des-Plaines	105 597 $	106 653 $
Maison des jeunes de Saint-Eustache inc.	120 424 $	121 628 $
Maison des jeunes de Saint-Jovite	113 114 $	114 245 $
Maison des jeunes des Basses-Laurentides inc.	152 107 $	158 134 $
Maison des jeunes Rivière-du-Nord	120 424 $	126 628 $
Maison des jeunes Sainte-Adèle	110 431 $	114 035 $
Maison des jeunes Sodarrid de Boisbriand	106 273 $	107 336 $
Maison des jeunes Saint-Sauveur - Piedmont inc.	59 583 $	60 179 $
SOUS-TOTAL - Catégorie 1	2 476 176 $	2 522 267 $
Catégorie 2 - AUTRES RESSOURCES JEUNESSE		
L'Antre Jeunes	159 576 $	161 722 $
Appartements supervisés Le Transit	30 661 $	30 968 $
Centre communautaire Cri du Coeur	- $	3 000 $
Centre ressource jeunesse N.D.L.	50 678 $	51 185 $
Espace Laurentides	142 817 $	146 245 $
Les Grands Frères et Grandes Sœurs de la Porte du Nord	72 639 $	73 365 $
Parrainage civique Basses-Laurentides	40 315 $	40 718 $
S.O.S. Jeunesse	- $	58 138 $
SOUS-TOTAL - Catégorie 2	496 686 $	565 341 $

	Versement total 2014-2015	Versement total 2015-2016
Catégorie 4 - CANCER		
Albatros Mont-Laurier (MRC Antoine-Labelle)	17 374 $	17 536 $
Pallia-Vie service des soins palliatifs à domicile	178 780 $	180 453 $
Palliacco	10 000 $	5 000 $
SERCAN	78 770 $	79 457 $
SOUS-TOTAL - Catégorie 4	284 924 $	282 446 $
Catégorie 5 - SANTÉ PUBLIQUE		
Bouffe Laurentienne	- $	13 200 $
Café Partage Argenteuil	- $	2 000 $
Centre d'intervention en hortithérapie Les Serres de Clara	17 248 $	20 878 $
C.O.F.F.R.E.T.	3 148 $	- $
La Montagne d'Espoir	7 260 $	7 260 $
Le Centre regain de vie inc.	9 900 $	13 530 $
Services d'entraide "Le Relais"	3 630 $	7 620 $
Objectif Partage	14 653 $	- $
Conseil régional de développement social des Laurentides	28 139 $	- $
SOUS-TOTAL - Catégorie 5	83 978 $	64 488 $
Catégorie 6 - MAISONS D'HÉBERGEMENT COMMUNAUTAIRE JEUNESSE		
Accueil communautaire jeunesse Le Labyrinthe	295 352 $	299 806 $
Maison d'hébergement Accueil communautaire jeunesse des Basses-Laurentides inc.	372 629 $	369 581 $
Maison d'hébergement jeunesse La Parenthèse	358 066 $	361 647 $
La Maison d'hébergement Le Préfixe des Basses-Laurentides inc.	332 052 $	335 373 $
La Maison Le Petit Patro des Basses-Laurentides	365 922 $	374 581 $
SOUS-TOTAL - Catégorie 6	1 724 021 $	1 740 988 $
Total - PSOC	**25 308 904 $**	**25 645 645 $**

Les fondations

Le CISSS des Laurentides a le privilège d'être étroitement associé à 14 dynamiques fondations qui mobilisent les communautés locales, gens d'affaires et élus de la région, afin d'assurer le mieux-être de la population et le développement des services dans l'établissement. Elles permettent aux directions et installations du CISSS de raffiner la gamme de services offerts. Elles contribuent aussi à offrir aux employés, médecins, sages-femmes et bénévoles du CISSS des conditions de pratique de meilleure qualité. L'apport des fondations est grandement apprécié.

Les fondations et leur président de conseil d'administration au 31 mars 2016

Fondation hospitalière	
Fondation médicale des Laurentides et des Pays-d'en-Haut	M. Michel Rochon
Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme	M^{me} Audrey Laurin
Fondation Hôpital Saint-Eustache	M. Jacques Pelletier
Fondation du Centre hospitalier de Mont-Laurier	M^{me} Francine Laroche
Fondation de l'Hôpital d'Argenteuil	M. Gilbert D. Ayers
Fondation du Centre hospitalier des Laurentides et Centre de réadaptation des Hautes-Vallées	M. Gilles Joannette
Fondation de services sociaux	
Fondation Florès	M. Richard Yelle
Fondation Centre jeunesse des Laurentides	M. Benoit Duplessis
Fondation André-Boudreau	M^{me} Nadia Dahman
Fondation du CLSC Jean-Olivier-Chénier	M^{me} Amélie Morin Poliquin
Fondation des centres d'hébergement	
Fondation des C.H.S.L.D de la Rivière-du-Nord	M. Ronald Ratelle
Fondation Soleil du Centre d'Accueil Saint-Benoit	M^{me} Nicole Lacelle Chénier
Fondation Drapeau et Deschambault	M. Joé Bélanger
Fondation du Manoir Saint-Eustache	M. François Paquet

Annexes

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Les attentes spécifiques de la reddition de comptes - chapitre III

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CISSS DES LAURENTIDES

Adopté par le conseil d'administration le 3 février 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 3

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES 4

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE 7

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS 11

Section 4 — APPLICATION 13

Annexe I – Engagement et affirmation du membre 18

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance 19

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre 20

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général 21

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts 22

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts 23

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen 24

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

Intérêt : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

LSSSS : *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

Membre : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[1].

Renseignements confidentiels : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent Code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

[1] BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assure la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent è l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou , sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 – APPLICATION

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs
Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique
En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi, il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

18. Comité d'examen *ad hoc*

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2 Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3 Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5 Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

19.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) un état des faits reprochés;
b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

19.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du - _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**
_____	_____	
Nom du commissaire à l'assermentation	**Signature**	

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du _____ due aux faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ *[prénom et nom en uettres mouuées]*, membre du conseil d'administration du _____, déclare les éléments suivants :

1. Tntérêts pécuniaires

○ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

○ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :*

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

○ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

○ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:*

_____
_____
_____

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

○ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

○ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :*

_____

_____

_____

2. Titre d'administrateur

○ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

○ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:*

_____

_____

_____

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Je demande que le conseil d'administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

Les attentes spécifiques de la reddition de comptes - chapitre III

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 1	**Mise en œuvre de la Loi**

Priorité	***Livrable attendu***	***État d'avancement***
1.1 Procédures internes du conseil d'administration	Liste des règlements et procédures ayant fait l'objet d'une révision	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.2 Mise en place de différents comités exécutifs	Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires (CMDP) - (CM) - (CII)	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.3 Examen des plaintes	Processus adoptés pour l'examen des plaintes et pour l'examen des plaintes envers un médecin, dentiste ou pharmacien	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.4 Accès à l'information	Nommer un responsable de l'accès à l'information	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.5 Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux	Liste des activités réalisées au cours de l'année	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.6 Privilèges des médecins et des dentistes	Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et dentistes	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.7 Nomination des pharmaciens	Lettre de confirmation de la mise à jour des nominations des pharmaciens	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.8 Programme d'accès en langue anglaise	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~
1.9 Assurance de la responsabilité civile	Preuve d'assurance de la responsabilité civile	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.10 Ressources humaines des établissements regroupés	Lettre de confirmation de réalisation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

L'ensemble des livrables attendus a été réalisé. Le Ministère a reporté à 2016-2017 les échéances pour les livrables relatifs aux privilèges des médecins et des dentistes et du programme d'accès en langue anglaise.

Nom du responsable : Yves St-Onge	**Date :** 2016-05-31 *(aaaa-mm-jj)*

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 2	**Santé publique**

Priorité	***Livrable attendu***	***État d'avancement des résultats***
2.1 Priorité régionales en matière de prévention	Bilans qualitatifs	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

Le livrable attendu a été réalisé.

Nom du responsable : Dr Éric Goyer	**Date** : 2016-05-31 *(aaaa-mm-jj)*

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 3	**Services sociaux**

Priorité	*Livrable attendu*	*État d'avancement*
3.1 Offre de services sociaux généraux	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.2 Jeunes et leur famille	Validation des grilles	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.3 Personnes ayant une déficience - Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Outil de suivi d'implantation complété	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.4 Personnes ayant une déficience - Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme	Ententes de collaboration signée avec les autres établissements, le cas échéant	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.5 Programme-services Dépendances	Suivi des exigences dans le cadre des rencontres de la table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.6 Personnes aînées - Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.7 Personnes aînées - L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.8 Personnes aînées - Le respect des balises à l'admission en CHSLD	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.9 Personnes aînées - Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les Appuis régionaux	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

L'ensemble des livrables attendus a été réalisé.

Nom du responsable : Daniel Corbeil	**Date** : 2016-05-31 *(aaaa-mm-jj)*

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 4	**Services de santé et médecine universitaire**

Priorité	***Livrable attendu***	***État d'avancement***
4.1 Accès aux services spécialisés	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~
4.2 Accès aux services ambulatoires en santé mentale	Validation du formulaire Gestred	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.3 Accès aux services de première ligne	Lettres de confirmation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.4 Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.5 Soins palliatifs de fin de vie	Lettre de confirmation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.6 Contiuum de services en cardiologie (suivi)	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~
4.7 Douleur chronique (suivi)	Plan d'action	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

L'ensemble des livrables attendus a été réalisé. Par ailleurs, les livrables 4.1 et 4.6 relatifs aux services spécialisés et au continuum de services en cardiologie (suivi) ont été annulés par le Ministère pour 2015-2016.

Nom du responsable : France Dumont	**Date :** 2016-05-31 *(aaaa-mm-jj)*

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 5	**Finances, Immobilisations et budget**

Priorité	*Livrable attendu*	*État d'avancement*
5.1 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire Gestred	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

Le livrable attendu a été réalisé.

Nom du responsable : Patrick Bureau	**Date :** 2016-05-31 *(aaaa-mm-jj)*

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 6	**Coordination**

Priorité	***Livrable attendu***	***État d'avancement***
6.1 Politique ministérielle de sécurité civile	Transmission des données	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
6.2 Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1 – Plan de travail	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
	2 – Bilan des activités	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

L'ensemble des livrables attendus a été réalisé. Les livrables relatifs au réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile ne sont pas à compléter pour le CISSS des Laurentides.

Nom du responsable : Yves St-Onge	**Date** : 2016-05-31 *(aaaa-mm-jj)*

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 7	**Planification, performance et qualité**

Priorité	***Livrable attendu***	***État d'avancement***
7.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
7.2 Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance RTS/RLS	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

Le livrable attendu a été réalisé. Le livrable 7.2 relatif à l'évaluation de la performance a été annulé par le Ministère pour 2015-2016.

Nom du responsable : Manon Léonard	**Date** : 2016-05-31 *(aaaa-mm-jj)*

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 8	**Technologie de l'information**

Priorité	*Livrables attendu*	*État d'avancement*
8.1 Dossier de santé du Québec (DSQ)	Déployer le DSQ Personnalisation pour chacun des établissements	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.2 Dossier clinique informatisé (DCI)	Plan de mise en place d'un DCI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.3 Dossier médical électronique (DMÉ)	1- Nom du responsable DMÉ	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	2- Plan de soutien	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.4 Rehaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)	Plan d'évolution	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.5 La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	1- Planification triennale des projets et activités en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	2- Programmation annuelle des projets et activités en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	3- Bilan annuel des réalisations en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	4- État de santé des projets	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.6 Regroupement des ressources informationnelles	1- État des lieux	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	2- Plan d'action pour le regroupement des RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.7 Mise à niveau d'infrastructures technologiques	Confirmation de la mise à niveau des postes de travail	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.8 Sécurité de l'information	Confirmation de la fin des travaux de mise en œuvre	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100%.

L'ensemble des livrables attendus a été réalisé.

Nom du responsable : Lucie Malo	**Date** : 2016-05-31